Paris 1972

Année 1972

N°

76

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques CZYGLIK

NE LE 9 MARS 1940 A PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1972

LES ANASTOMOSES CHOLEDOCO-DUODENALES POUR LESIONS BENIGNES BILIAIRES OU PANCREATIQUES

A PROPOS DE 200 CAS.

PRESIDENT : MONSIEUR LEGER , PROFESSEUR

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1972 *N°*

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques CZYGLIK

NE LE 9 MARS 1940 A PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 1972

LES ANASTOMOSES CHOLEDOCO-DUODENALES POUR LESIONS BENIGNES BILIAIRES OU PANCREATIQUES

A PROPOS DE 200 CAS.

PRESIDENT : MONSIEUR LEGER , PROFESSEUR

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549225_0009

A Monsieur le Professeur Lucien LEGER

En remerciement de l'honneur qu'il me fait
d'accepter la présidence de cette thèse

A Monsieur le Professeur Agrégé J. LATASTE

Il a inspiré le sujet de ce travail, et je le remercie de sa confiance et de ses conseils.

aux secrétaires de CHIRURGIE du Centre Hospitalier Intercommunal de CRETEIL

dont l'aide m'a été très précieuse.

A mes Maîtres d'Externat :

Docteur Y.J. LONGUET

Professeur P. ABOULKER

Docteur A. RUBENS DUVAL

Professeur R. WORMS

Professeur Agrégé R. MUSSET

Docteur M. ALBEAUX-FERNET

Professeur JULIEN MARIE

A mes Maîtres d'Internat

Docteur R JULLIEN (Hopital Saint Joseph)

Docteur F. LAZARD

Docteur M. PERREAU

Docteur R. AUROUSSEAU

Professeur Agrégé J. LATASTE

Docteur P. GUENIN

Professeur Agrégé G. EDELMANN

A mes conférenciers :

Docteur J.M. KRIVINE

Docteur BYDLOWSKI

A mes collègues et amis :

Clément BOUCCARA et Bernard TRAN VAN

LES ANASTOMOSES CHOLEDOCO-DUODENALES POUR LESIONS BENIGNES BILIAIRES OU PANCREATIQUES

(A propos de 200 cas).

P L A N

INTRODUCTION 1

HISTORIQUE 3

PREMIERE PARTIE - ETUDE DES 200 cas

Matériel : données pré et per opératoires 6

Indications dans les 200 cas..... 15

Tactique opératoire..... 25

Suites immédiats..... 31

Résultats lointains..... 43

DEUXIEME PARTIE - DISCUSSION

Indications des anastomoses cholédoco-duodénales 60

Protocole opératoire..... 70

CONCLUSION..... 73

BIBLIOGRAPHIE 75

oOo

INTRODUCTION

Nous rapportons dans ce travail 200 observations d'anastomoses cholédoco-duodénales faites chez l'adulte; l'indication a toujours été une affection bénigne, avant tout biliaire, plus rarement pancréatique. Les dérivations pour lésion néoplasique sont donc totalement exclues de cette étude.

Par anastomose cholédoco-duodénale (ACD) nous entendons en fait toutes les dérivations entre:

- d'une part la voie biliaire principale (VBP) qu'il s'agisse du canal cholédoque ou du canal hépatique commun,
- d'autre part le premier duodénum.

Les cholédoco-duodénostomies internes par contre ne sont pas envisagées ici.

Cette série apparaît homogène car l'indication, l'intervention puis la surveillance des suites ont toujours été le fait d'un même opérateur (Prof. Ag. J. LATASTE) ou quelquefois d'un très proche collaborateur. Il existe donc une continuité certaine dans les critères d'indication, la technique opératoire et l'appréciation des résultats.

Dans une première partie, nous étudierons les indications, la technique et les résultats de nos 200 ACD.

Dans une deuxième partie, nous appuyant sur cette expérience de 200 cas, nous préciserons notre conception de l'ACD, c'est-à-dire sa place en chirurgie bilio-pancréatique, en comparant ses indications selon les cas à celles du simple drainage de Kehr, de la sphinctérotomie ou de l'anastomose bilio-jéjunale sur anse en Y selon le procédé de Roux. Dans notre pratique, chaque procédé a une indication particulière ; ainsi de 1960 à 1970, sur un lot de 1000 interventions bilio-pancréatiques dont :

- 230 pour lithiase de la VBP
- 35 pancréatites aiguës
- 15 pancréatites subaiguës récidivantes
- 50 pancréatites chroniques,

les interventions suivantes ont été pratiquées :

- 82 drainages de Kehr
- 189 ACD

- 35 anastomoses bilio-jéjunales
- 111 sphinctérotomies

Nous recourons volontiers à l'ACD lorsqu'elle est indiquée car, comme nous le verrons, les suites opératoires sont simples et les résultats lointains dans l'ensemble très bons.

oOo

HISTORIQUE

Sans faire un appel historique détaillé , nous allons rapidement envisager l'évolution des idées, afin de placer notre expérience dans le contexte actuel.

C'est vers la fin du siècle dernier que furent pratiquées en Allemagne et en France les premières anastomoses, malheureusement entre vésicule biliaire et estomac : cette technique, certes très simple, est mauvaise, car elle draine mal et favorise considérablement la stase. Elle a beaucoup contribué à discréditer pendant longtemps les anastomoses bilio-digestives dans leur ensemble.

Or,dès 1913, Sasse, en Allemagne ,condamnait cette technique de cholécysto-gastrostomie et concevait l'anastomose entre VBP et duodénum. Il fut suivi par Floercken, Jurasz puis Finsterer, qui publièrent des séries importantes de cholédoco-duodénostomies à résultats favorables. Cependant, en France, les chirurgiens restèrent longtemps réticents jusqu'en 1939, où Soupault et Mallet-Guy défendirent énergiquement cette technique au 48e congrès de chirurgie.

Puis les cas publiés furent de plus en plus nombreux. A côté des indications dites absolues, sont apparues des indications dites relatives, concernant plus spécifiquement la chirurgie de la lithiase biliaire, qui à leur tour furent et restent d'ailleurs l'objet de discussions.

L'avènement des sphinctérotomies a certainement amené un recul temporaire des anastomoses. Mais actuellement, les indications des sphinctérotomies sont plus mesurées tandis qu'il existe un regain de faveur pour les anastomoses cholédoco-duodénales, aussi bien en Europe qu'outre Atlantique.

Il n'en reste pas moins que certains chirurgiens restent perplexes en raison du reflux qu'attestent les contrôles radiologiques post-opératoires après repas baryté. La crainte de ce reflux a d'ailleurs incité, il y a plusieurs années, des auteurs comme Bergeret et Champeau à associer d'emblée à l'anastomose cholédoco-duodénale une gastro entérostomie voire une gastrectomie partielle, intervention majeure qui a vite paru abusive.

C'est également pour éviter ce reflux qu'actuellement certains préfèrent systématiquement monter une longue anse jéjunale en Y sur la VBP selon le procédé de Roux.

Or la confrontation des résultats cliniques et radiologiques a permis de conclure à l'inocuité du reflux dès lors qu'il est intermittent. Des auteurs comme Walters et en France Soupault ont bien montré que les cas d'angiocholite dite de reflux sont en fait des angiocholites de stase : le terme d'angiocholite de reflux est donc érroné.

Qui plus est, il a été démontré que cette stase responsable était pratiquement toujours secondaire à une malfaçon chirurgicale, la principale étant le diamètre insuffisant de la bouche anastomotique.

Cette notion a été encore récemment confirmée dans une étude faite par Johnson et Stevens, comparant les résultats respectifs d'anastomoses de diamètres différents.

Ainsi actuellement la plupart des chirurgiens reconnaissent l'inocuité durable des anastomoses cholédoco-duodénales lorsque la technique a été correcte. La discussion reste cependant encore ouverte entre ceux qui la considèrent comme un pis-aller et la réservent à des cas désespérés, et ceux, dont nous sommes, qui en font un geste aux indications plus étendues et plus précises, la plaçant à côté des autres procédés que sont le drainage de Kehr, la sphinctérotomie et également des dérivations bilio-jéjunales.

oOo

PREMIERE PARTIE

ETUDE DES 200 CAS

I - MATERIEL D'ETUDE - BASE DES INDICATIONS

Les éléments de l'indication à l'ACD peuvent être répartis en données pré-opératoires et données per-opératoires.

A - DONNEES PRE-OPERATOIRES

1 - Provenance des opérés :

- Notre série de 200 observations s'étale de 1954 à 1970.

- 133 malades ont été opérés en milieu hospitalier (88 cas à l'Hotel Dieu de Paris, 9 à l'hôpital Tenon, 36 au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.)

- 67 malades ont été opérés en clinique.

2 - Sexe :

Il y a 148 femmes et 52 hommes

Cette proportion d'environ 1 homme pour 3 femmes est celle de la maladie lithiasique en général.

3 - Age

L'âge moyen est de 67,5 ans

Les extrêmes vont de 30 à 96 ans

La répartition des malades en 3 tranches d'âge permet d'établir l'histogramme suivant :

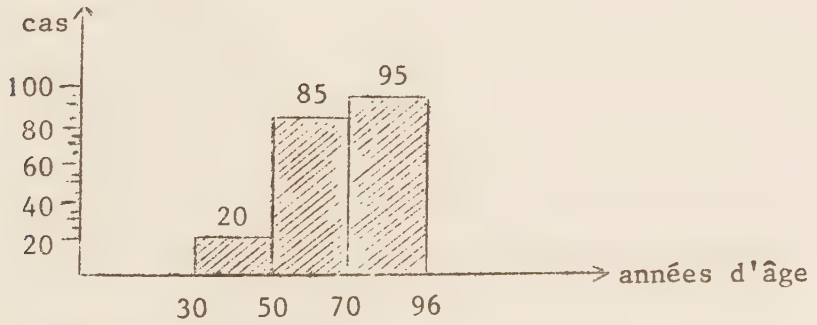


Figure 1 : Répartition des opérés selon leur âge

Ceci donne en pourcentage :

- 30 à 50 ans : 10 p.100
- 50 à 70 ans : 42,5 p.100
- 70 à 96 ans : 47,5 p.100

Ainsi les cas de la première tranche (30 à 50 ans) sont-ils 4 à 5 fois moins nombreux que ceux de chacune des deux autres tranches; cependant compte tenu de la moins grande fréquence des interventions biliaires dans cette tranche, il apparaît que pour nous l'âge relativement jeune de l'opéré n'a pas été une contre indication à l'ACD dès lors que celle -ci reposait sur un motif précis.

4 - Intervention primitive ou secondaire :

L'intervention a été :

- primitive 163 fois - soit dans 81,5 p. cent des cas
- secondaire 37 fois - soit dans 18,5 p. cent des cas

Parmi ces 37 réinterventions, 7 étaient des "troisièmes interventions"

L'intervention initiale avait été :

- une cholécystostomie : 2 fois
- une cholécystectomie : 34 fois, simple ou accompagnée de :
- drainage de Kehr : 7 fois (dont 2 fois lors d'une 2e intervention)
- drainage transpapillaire : 1 fois (lors d'une 2e intervention)
- sphinctérotomie : 8 fois (dont 2 fois lors d'une 2e intervention)
- iléus biliaire : 1 fois
- a partt une gastro entérostomie pour ulcère duodénal, suivie de fistule cholédoco-duodénale par récidive de cet ulcère.

Remarque :

- 9 fois seulement l'intervention initiale avait été faite par le même chirurgien ou dans le même service.

- les 28 autres cas émanent d'ailleurs, si bien qu'il n'a pas toujours été possible de connaître les données précises de la première intervention, en particulier l'existence d'un contrôle radiomanométrique per-opératoire. D'ailleurs cette intervention initiale remontait quelquefois à plus de 30 ans.

5 - Diagnostic pré-opératoire :

La précision du diagnostic pré-opératoire a été en rapport avec la netteté du tableau clinique, la possibilité de réaliser une opacification radiologique des voies biliaires et la qualité des clichés obtenus.

Les diagnostics se répartissent ainsi :

- Cholécystite chronique et lithiase vésiculaire simple sans obstacle apparent sur la VBP : ..... 17 cas
- Cholécystite aiguë : ..... 32 cas
- Lithiase de la VBP..... 90 cas
- Suspicion d'Oddite : ..... 10 cas
- Pancréatite chronique probable associée à la lithiase: 4 cas
- Pancréatite chronique paraissant primitive : ..... 3 cas
- Obstacle certain sur la VBP sans que l'on puisse en définir la nature : ..... 48 cas
- Ictères chroniques par rétention sans étiologie précise : 10 cas
- Syndrome post-sphinctérotomie : ..... 8 cas
- Ulcère duodénal avec fistule cholédoco-duodénale et sténose du bas cholédoque : ..... 1 cas

En fait, dans l'optique d'une ACD, il était surtout intéressant de rechercher des signes de rétention biliaire.

6 - Signes de rétention biliaire :

Ces signes ont été d'une intensité variable :

Premier groupe : signes francs de rétention biliaire : 117 cas (58,5 p. cent). Il s'agissait essentiellement d'un ictère de type mécanique, volontiers douloureux, fébrile et à rechutes. La biologie ne faisait que confirmer ce diagnostic;

- parfois (15 cas) s'associaient des phénomènes nets d'angiocholite aiguë et une ou plusieurs crises répétées, avec fièvre élevée, frissons, hémocultures parfois positives à germes Gram négatif.

- Dans 4 cas enfin existait une angiocholite urémigène vraie ayant nécessité une ou plusieurs séances d'épuration extra-rénale.

Deuxième groupe : signes essentiellement biologiques : 9 cas (4,5 p.cent)

L'ictère était totalement absent, ou notamment dans certaines cholécystites aiguës, réduit à un discret subictère faisant hésiter entre simple pédiculite de voisinage et obstacle réel sur la VBP. Dans ces cas douteux, et en l'absence de cholangiographie "lisible" nous avons accordé de la valeur à la biologie, en particulier :

- une élévation des phosphatases alcalines,
- une rétention de la brome-sulfone-phtaléine (BSP) après étude des

prélèvements sanguins faits jusqu'à la 120e minute, qui montrait l'apparition d'une deuxième pente (P2) tendant vers l'horizontale.

- Troisième groupe : aucun signe net de rétention biliaire : 74 cas (37 pour cent). Tout au plus existait-il un subictère très passager, retrouvé parfois à l'interrogatoire, sans signe biologique franc. Par contre ce sont les cas où les opacifications radiologiques étaient les meilleures, montrant parfois un obstacle incomplet sur la VBP.

7 - Les réactions pancréatiques :

L'étude systématique de l'amylasémie et de l'amylasurie a révélé des réactions pancréatiques fréquentes mais passagères et sans signe clinique propre.

Dans 5 cas, cependant, une élévation plus franche et plus durable de l'amylase et l'existence de signes cliniques propres ont fait parler de pancréatite aiguë oedémateuse.

8 - Etat général - Présence d'une tare associée :

Indépendamment de la notion d'âge, on peut, en fonction de l'état général et de la présence d'une tare, répartir nos malades en trois groupes :

a) - Bon état général 55 cas (27,5 pour cent)

Pas d'altération de l'état général proprement dit - pas de dénutrition ni d'obésité majeure - pas de tare.

b) - Etat général moyen : 104 cas (52 pour cent)

Altération de l'état général proprement dit - dénutrition-petite tare (cardiaque, respiratoire, antécédent vasculaire cérébral ancien et régressif, diabète) ne comportant pas de risque opératoire ou anesthésique majeur sous réserve de précautions.

c) - Mauvais état général : 41 cas (20,5 pour cent)

- Etat de grande asthénie ou de grande dénutrition ou au contraire très grande obésité,

- retentissement général majeur de l'affection biliaire en cause notamment dans certaines angiocholites, et plus particulièrement les formes urémigènes,

- tare majeure comme insuffisance coronarienne avec accident récent, grande insuffisance respiratoire, accident vasculaire cérébral récent.

Toutes anomalies comportant un risque opératoire et anesthésique notable.

9 - Décision pré-opératoire :

En fonction des seuls paramètres pré-opératoires que nous venons de voir, il est des cas où l'ACD a été prévue avant même l'intervention. Il est intéressant de dénombrer ces cas dès à présent, avant d'aborder les données per-opératoires. Le tableau suivant résume les diverses possibilités.

Prévision de l'ACD	Motif de l'indication	Nombre de cas
ACD très probable 61 cas (30,5 p.cent)	- âge et/ou mauvais EG associé à : • ictère : • lithiase VBP + VBP dilatée • rétention de la BSP (pente P2) • pancréatite chronique - Angiocholite urémigène : - Empierrement de la VBP : - Calculs résiduels après plusieurs interventions : - Syndrome post-sphinctérotomie :	 35 3 3 4 5 3 8
ACD possible 39 cas (18 p.cent)	- âge et/ou mauvais EG avec VBP dilatée et douteuse - Angiocholite aiguë :	39
ACD discutée 13 cas (6,5 p.cent)	- avec la sphinctérotomie (car oddite possible) : - avec une anse jéjunale en Y :	10 3
ACD non envisagée 87 cas (43,5 p.cent)		87

Tableau I - Décision pré-opératoire

B - DONNEES OPERATOIRES

C'est l'exploration clinique et radiomanométrique à ventre ouvert qui a permis de faire le bilan définitif des lésions conduisant à réaliser l'ACD :

I - La vésicule biliaire :

Plusieurs types de lésions vésiculaires ont été rencontrées :

- absence de vésicule (car intervention secondaire :..... 34
- vésicule saine : 3
- lithiase vésiculaire simple..... 54
- cholécystite chronique lithiasique : 58
- Cholécystite aiguë lithiasique : 42
- Cholécystite non lithiasique : 9

2 - Le canal cystique

Il était parfois très dilaté (14 fois)

Par ailleurs, lors de trois réinterventions, nous avons retrouvé un gros moignon cystique qui était une fois lithiasique.

3 - Fréquence de la radiomanométrie biliaire per-opératoire (RMB)

a) - Intervention avec RMB : 177 cas (88,5 p. cent)

b) - Intervention sans RMB : 23 cas (11,5 p. cent) :

Les raisons de cette abstention furent :

- 17 fois un refus de principe, chez des malades très âgés ou en très mauvais état général pour lesquels on voulait aller au plus vite; chez ces malades l'ACD avait souvent été prévue avant l'intervention même.

- 5 fois une difficulté technique,

- 1 fois une panne d'appareillage.

4 - Etude des pressions en RMB

- Pression de passage normale (de 8 à 12 cm d'eau) : 61 cas (30,5 %)
- Pression de passage élevée (14 à 18 cm) : 18 cas (9 %)
- Pression de passage très élevée (sup.18 cm) : 10 cas (5 %)
- passage nul ou minime (même en hyperpression) : 67 cas (33,5%)
- Hypotonie (pression de passage inférieure à 6 cm avec pression résiduelle très basse) : 4 cas (2 %)
- Chiffres ininterprétables :..... 17 cas (8,5 %)

Les pourcentages sont rapportées aux 200 cas (et non aux 177 RMB)

En cas de chiffres ininterprétables (dans les polylithiases par exemple) la RMB gardait sa valeur de cholangiographie.

5 - Calibre de la voie biliaire principale (VBP)

Le calibre de la VBP a été jugé sur l'examen clinique et de façon plus précise sur l'image cholangiographique (car la paroi biliaire était souvent épaissie, quelquefois au contraire amincie).

La VBP était le plus souvent dilatée : 181 cas (90,5 p.cent)

- dilatation modérée (0,8 à 1,5 cm) ..... 35 cas (17,5 %)
- dilatation importante (supérieure à 1,5 cm) : 110 cas (55 %)
- dilatation très importante (3 voire 4 cm) : 36 cas (18 p. cent)

La VBP était normale ou subnormale (0,6 à 0,8 cm) dans 19 cas (9,5 %)

Ce faible calibre, en principe peu propice à l'ACD, ne nous y a pas fait renoncer car celle-ci était par ailleurs justifiée.

6 - Etude radiologique du bas-cholédoque :

Nous nous limitons dans ce paragraphe à l'étude de la morphologie du bas cholédoque (sténosé, irrégulier, mal opacifié c'est-à-dire douteux). L'éventualité d'une lithiase du bas cholédoque sera envisagée plus loin.

- sténose longue et nette du bas cholédoque : ..... 19 cas
- bas cholédoque irrégulier ou douteux : ..... 21 cas

7 - La lithiase de la VBP

a) - Fréquence :

- présence d'une lithiase de la VBP : 142 cas (71 p.cent)
- absence de lithiase de la VBP : 58 cas (29 p. cent)

b) - Type de la lithiase :

- un seul calcul :..... 50 cas
- quelques calculs :..... 33 cas
- empierrement : /..... 28 cas
- calculs fragmentés, calculins, boue biliaire : ..... 56 cas

Cette boue biliaire était parfois isolée, parfois associée à de vrais calculs.

c) - Siège particulier de la lithiase :

- lithiase intra-hépatique : ..... 10 cas
- lithiase du bas cholédoque : ..... 35 cas
- lithiase de l'ampoule de Vater : ..... 4 cas

8 - Les oddites :

Nous avons trouvé 30 oddites certaines parmi nos 200 observations (soit 15 p. cent). Elles comportaient : des pressions élevées (passage supérieur à 16 cm d'eau, résiduelle élevée, parfois au dessus de 14 cm) sans réaction au nitrite d'amyle ou au Caréna intraveineux, un aspect caractéristique du bas cholédoque (sténose courte, image "en radis") et une VBP sus jacente dilatée.

Selon les associations, ces 30 oddites se répartissent ainsi :

- 11 oddites "simples" (c'est-à-dire sans lithiase de la VBP ni pancréatites) la vésicule était :
  - lithiasique : 9 fois
  - inflammatoire mais non lithiasique : 1 fois
  - absente : 1 fois (cholécystectomie antérieure).
- 13 oddites associées à une lithiase de la VBP (mais avec pancréas normal)
- 4 oddites avec pancréatite chronique (mais sans lithiase de la VBP) :
  - 2 pancréatites étaient diffuses,
  - 2 pancréatites étaient localisées à la tête
- 2 oddites avec lithiase de la VBP, et pancréatite chronique de la tête

Parmi ces 30 oddites, 4 étaient résiduelles, survenant après cholécystectomie isolée 3 fois, et après cholécystectomie puis drainage de Kehr pour calcul du cholédoque une fois.

9 - Les pancréatites :

Nous excluons de ce paragraphe les simples réactions biologiques découvertes avant l'intervention et les pancréatites dites satellites d'une lithiase biliaire et réduites à une discrète coulée paracholédocienne.

a) - Pancréatite aiguë : 3 cas (1,5 pour cent)
   - Forme nécrosante : 1 cas (opérée au 14e jour)
   - forme oedémateuse : 2 cas

b) - Pancréatites chroniques : 34 cas (17 p. cent)

30 cas paraissaient secondaires à une lésion biliaire (lithiase, oddite) actuelle ou ancienne. Ces formes secondaires étaient :

- 22 fois limitées à la tête du pancréas,
- 8 fois diffuses.

- 4 cas étaient des formes primitives en apparence, dont :

- 2 formes localisées à la tête,
- 2 formes diffuses.

10 - Lésions ou affections associées :

Des lésions ou affections associées ont pu être rencontrées, leur rapport avec l'affection biliaire étant plus ou moins étroit. Ce sont :

- Fistules (8 cas) :
  - cholécysto-duodénales : ..... 6 cas
  - cholécysto-coliques : ..... 2 cas
  - cholédoco-duodénales : ..... 1 cas
- Ulcères duodénaux (3 cas) :
  - non compliqué : ..... 1 cas
  - perforé-bouché dans les voies biliaires ((fistule cholédoco-duodénale) : 2 cas
- Hernies hiatales : ..... 3 cas
- Malpositions cardio-tubérosités : 3 cas
- Diverticules :
  - de l'ampoule de Vater : ..... 3 cas
  - duodénal : ..... 1 cas
- Lithiase par maladie hémolytique avec grosse rate : 2 cas

oOo

II - LES INDICATIONS DANS NOS 200 ANASTOMOSES CHOLEDOCO-DUODENALES

Nous avons pu voir que les données opératoires et également pré-opératoires nous avons posé, pour chacun des 200 opérés, l'indication d'une ACD. Les motifs en ont été variés et nous pouvons les répartir en trois grands groupes :

- Indications de nécessité lorsqu'a été laissé en place un obstacle plus ou moins complet sur la VBP.

- Indications de nécessité lorsqu'en fin d'intervention on n'a pu affirmer de façon absolue que la VBP était intégre, malgré les contrôles instrumentaux et radiologiques, ou encore lorsque ces contrôles n'ont pu être parfaits.

- Indications de principe, répondant aux cas ou indépendamment de tout obstacle et de toute incertitude sur la vacuité de la VBP, on a choisi de terminer l'intervention par ce mode de drainage qui paraissait le plus approprié.

A - LES INDICATIONS DE NECESSITE

I - Pancréatites chroniques : 34 cas (17 p. cent)

Ces pancréatites chroniques ont été reconnues à la palpation per-opératoire. Qu'elles aient été limitées à la tête ou diffuses, elles ont motivées une ACD car elles entraînaient une sténose plus ou moins étendue du bas cholédoque.

a) - Parmi les 4 cas de pancréatite en apparence primitive, deux sont intéressantes :

> Observation 47 - Ictère chronique par rétention chez une femme de 61 ans fatiguée, évoquant un cancer de la tête du pancréas. A l'intervention cette impression s'est maintenue, conduisant à une ACD avec cholécystectomie de principe. Cependant, l'évolution favorable après deux ans a fait reconsidérer le diagnostic : il s'agissait très vraisemblablement d'une pancréatite chronique localisée à la tête.
>
> Observation 141 - Pancréatite chronique primitive diffuse mais prédominant sur corps et queue : nous avons associé pancréatectomie gauche et ACD; nous reviendrons sur cette association.

Les deux autres observations (91 et 155) n'offrent pas de caractère particulier autre que l'âge avancé des opérés qui a fait renoncer à tout geste en dehors d'une ACD.

b) - Parmi les 30 cas de pancréatite secondaire à une lésion biliaire ou oddienne :

- [illegible] sont localisés à la tête pancréatique,

- 8 cas étaient des formes diffuses dites de stase, pour lesquelles l'ACD ne pouvait être un geste complet, en particulier lorsqu'existait un reflux important dans un canal de Wirsung dilaté (observations 32 et 169) ; c'est ainsi que 3 fois (obs. 32, 169, [illegible]) nous avons commencé par une sphinctérotomie de libération, l'ACD complémentaire ayant pour but essentiel de drainer le VBP au [illegible] pancréatique.

Cependant les 5 autres cas de pancréatite secondaire diffused n'ont bénéficié que d'une ACD :

Observations 23 et 84 : Pancréatite diffuse avec oddite : la sphinctérotomie est récusée en raison de l'âge et de l'état général précaire. L'ACD aurait de toutes façons été nécessaire en raison de la sténose du bas cholédoque.

Observation 31 - Pancréatite diffuse, mais modérée chez une femme de 60 ans sans signe d'oddite.

Observation 125 - Pancréatite diffuse sur lithiase de la VBP chez un homme de 62 ans en très mauvais état général (grand cardiaque) La RMB a été récusée et l'ACD était le seul geste raisonnable.

Observation 139 - Pancréatite diffuse résiduelle 7 ans après cholécystectomie chez une femme de 80 ans, sans lithiase de la VBP ni oddite évidente.

2 - Pancréatite aiguë nécrosante avec sténose du bas cholédoque (1 cas - 0,5%)

Observation 52 - Femme de 61 ans ayant subi six ans auparavant une cholécystectomie et présentant un tableau douloureux et fébrile avec signes pancréatiques assez modérés.
Intervention au 14e jour : pancréatite nécrosante maxima au niveau du corps et gagnant la paroi abdominale antérieure. RMB : énorme VBP non lithiasique avec sténose du bas cholédoque et passage minime à 20 cm.
On pratique :
- résection du moignon cystique
- ACD
- drainage par une lame de la poche de nécrose pancréatique

Commentaire : l'existence possible d'une oddite à l'origine de la pancréatite aiguë aurait pu inciter à faire une sphinctérotomie. Les suites ont néanmoins été bonnes. Nous reviendrons plus loin sur notre attitude dans les pancréatites aiguës par obstacle lithiasique ou oddien.

3 - Oddites - 28 cas (14 p. cent)

Selon le critère considéré, les oddites constituent une indication de principe ou de nécessité. En effet, l'intervention idéale est la sphincté-

rotomie et c'est elle que nous pratiquons chez un sujet encore jeune et en assez bon état, lorsque la VBP n'est pas trop dilatée et l'abord de la papille relativement aisé. Mais quand les conditions générales ou locales (sujet très obèse, "profond ") rendent difficile voire risquée la sphinctérotomie, nous la récusons de principe et pratiquons une ACD qui est alors faite de nécessité puisqu'on laisse en place un obstacle sur la VBP. Bien sûr l'ACD ne règle pas les éventuels problèmes pancréatiques liés à l'oddite.

Ainsi parmi les 30 oddites de notre série, 28 répondent à ces "mauvais cas" et ont été traitées par ACD. Exemple :

> Observation 22 - Homme de 57 ans en très mauvais état général (grand insuffisant respiratoire) présentant des antécédents de colique hépatique et un ictère récent.
> - constatations opératoires : cholécystite lithiasique scléro-atrophique. Gros cholédoque avec important reflux hépatique, image d'oddite avec passage faible à 22 cm.
> - intervention : cholécystectomie. L'oddite engagerait à pratiquer une sphinctérotomie mais celle-ci est rejetée en raison du terrain. On fait alors une cholédocotomie suivie de lavage au sérum qui ramène un petit calcul du bas cholédoque et on termine par une ACD qui est une nécessité puisque l'obstacle oddien a été laissé en place.

Dans les 2 cas restants de notre série (obs. 109 et 124) l'oddite a été traitée par sphinctérotomie, l'ACD associée a été faite pour une autre raison sur laquelle nous reviendrons au chapitre des sphinctérotomies associées à l'ACD.

4 - Sténoses du bas cholédoque sans étiologie précise : 5 cas (2,5 p. cent)

Dans ces 5 observations (n° 5, 33, 63, 65,99) le pancréas était normal à la palpation ; peut être s'agissait-il de cholédocite. Quoi qu'il en soit l'étendue et la netteté de la sténose, avec des passages nuls ou très faibles en RMB, ont rendu l'ACD nécessaire.

5 - Lésions de la paroi biliaire (4 cas (2 p. cent)

Nous entendons par là les cas où l'état trophique de la paroi biliaire imposait une dérivation (fistule, ulcère duodénal perforé dans la VBP etc...) Ce type d'indication a été rare car dans de pareils cas nous préférons l'hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

> Observation 3 - femme de 78 ans, fatiguée, porteuse d'une lithiase de la VBP avec oddite et fistule cholédoco-duodénale; il y avait là une double indication à la dérivation biliaire; le terrain a fait préférer l'ACD, plus rapide à réaliser qu'une hépatico-jéjunostomie.

Observation 73 - Empierrement cholédocien et intra hépatique chez une femme de 73 ans en mauvais état; l'ACD apparaît déjà indiquée l'existence d'un canal cystique à parois très épaisses et abouchement énorme, très difficile à fermer, rend cette ACD nécessaire.

Observation 137 : chez un homme de 41 ans en très mauvais état général porteur d'une gastroentérostomie isolée pour ulcère duodénal, perforation de cet ulcère dans la VBP avec sclérose sténosant le bas cholédoque. La gastroentérostomie étant souple, on la complète par une vagotomie et une ACD. La bouche de gastro entérostomie restait ainsi protégée par la bile.

Observation 148 - Angiocholite aiguë chez une femme de 76 ans en très mauvais état général qui a subi 12 ans plus tôt une cholécystectomie. L'intervention faite le lendemain de l'hospitalisation découvre une infiltration biliaire rétro péritonéale et u n énorme cholédoque préperforatif mais non lithiasique. On renonce à la RIB et on fait une ACD qui est imposée par l'état de la VBP. Comme nous le verrons plus loin, le terrain, l'angiocholite aiguë et la taille de la VBP étaient déjà un bon motif d'ACD.

B - LES INDICATIONS DE SECURITE

1 - Empierrement de la VBP (28 cas - 14 p. Cent)

2 - Calculs fragmentés - calculins - boue biliaire : 56 cas (28 p.cent)

Dans les observations concernées par ces deux paragraphes, la vacuité des voies biliaires en fin d'intervention ne pouvait être affirmée de façon absolue en raison du très grand nombre ou de la taille infime des calculs.

3 - Calculs intra-hépatiques - 10 cas (5 pour cent)

Ces calculs, siégeant dans les canaux hépatiques droit ou gauche, étaient associés dans chaque cas à une lithiase extra-hépatique, vésiculaire ou cholédocienne. Le risque d'évacuation incomplète et de migration secondaire de calculs restants, justifiait une dérivation bilio-digestive. L' attitude logique était l'hépaticotomie haute mordant au besoin sur un des canaux d'origine et l'ablation la plus parfaite possible des calculs en terminant par une hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Cependant, 8 malades de notre série, en mauvais état général et âgés, ont bénéficié d'une ACD plus rapide à réaliser.

Parmi les deux autres opérés :

- l'un âgé de 42 ans et en bon état général, a eu une sphinctérotomie pour extraction de calculs bas-situés; il s'agissait en fait d'un empierrement avec calculs intra-hépatiques : une ACD a été associée pour parfaire le drainage.

- l'autre âgée de 44 ans et en bon état général également, aurait pu avoir une hépatico-jéjunostomie : ses suites ont été bonnes

4 - Calculs résiduels après plusieurs interventions - 3 cas (1,5 %)

Il existe parmi les 200 observations, 17 lithiases résiduelles de la VBP, mais le plus souvent elles n'ont pas justifié en elle même, l'ACD qui reposait sur un autre motif. Dans 3 cas seulement, la présence de calculs dans la VBP, après deux interventions, a motivié l' ACD. Exemple :

> Observation 149 - femme de 61 ans déjà opérée deux fois - d'abord cholécystectomie avec RMB, puis la même année reprise pour calculins et boue biliaire dans le cholédoque : simple drainage de Kehr; par la suite surviennent des épisodes douloureux et 13 ans plus tard un ictère régressif conduisant à la troisième intervention : en RMB le bas-cholédoque est un peu irrégulier, mais la pression de passage est à 10 cm; le pancréas est normal, on retire un calcul cholédocien assez haut situé et on termine par une ACD.

5 - Pancréatites aiguës oedémateuses - 2 cas (1 p. cent)

> Observation 26 - Chez un homme de 42 ans, lithiase vésiculaire et cholédocienne avec pancréatite oedémateuse de la tête ; la RMB étant normale (pas d'image d'oddite, passage à 8 cm) on ne fait pas de sphinctérotomie, l'ACD paraît être une sécurité car la tête pancréatique est dure et l'on peut craindre une sténose secondaire du cholédoque.
>
> Observation 163 - Femme de 50 ans en mauvais état général présentant un ictère douloureux et fébrile avec nette hyperamylasémie. A l'intervention on trouve une cholécystite aiguë avec de nombreux calculins cholédociens et une pancréatite oedémateuse de la tête : la VBP est peu dilatée; le bas-cholédoque est irrégulier en RMB sans passage à 18 cm. La cholédocotomie permet de retirer de nombreux calculins dont aucun ne semble provenir du bas-cholédoque. En raison du mauvais terrain, on renonce à aborder la papille comme aurait pu y inciter la RMB et on se contente d'une ACD.
>
> Nous ferons plus loin une analyse critique de cette attitude.

Nous avons relaté plus haut l'observation 52 concernant une pancréatite nécrosante pour laquelle l'ACD était une nécessité en raison d'une sténose nette du bas cholédoque.

6 - Radiomanométrie douteuse - 31 cas (15,5 p. cent)

Ce sont les cas où existaient :

- un bas-cholédoque ou un défilé oddien irréguliers, avec des passages duodénaux à la limite de la normale et une VBP sus jacente dilatée.

- ou bien au contraire des pressions de passage élevés (supérieures à 20 cm) avec une VBP dilatée mais un bas-cholédoque d'aspect normal et un pancréas indemne à la palpation.

Nous justifierons plus loin l'indication de l'ACD dans ces cas, qui pour certains pourrait paraître "limite".

7 - Absence de radiomanométrie per-opératoire - 23 cas (11,5 p. cent)

Nous avons vu (I-B-3) les circonstances diverses au cours desquelles on a renoncé à la RMB. L'absence d'exploration complète, surtout si la cholangiographie pré-opératoire était inexistante ou ininterprétable, laissait planer une incertitude sur l'état des voies biliaires intra hépatiques, du bas-cholédoque et de l'Oddi, même après exploration instrumentale. Une ACD de sécurité était donc justifiée.

Remarque - 1 - Dans chacun de ces 23 cas, la VBP était dilatée voire très dilatée à l'examen clinique.

2- C'est souvent parce que pour une raison précise, on avait décidé d'emblée de terminer l'intervention par une ACD que l'on s'est permis de ne pas faire de RMB. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

C - LES INDICATIONS DE PRINCIPE

I - L'association "gros cholédoque - rétention biliaire - terrain fragile" 82 cas. (41 p. cent)

Cette triade a été l'indication de principe typique d'une ACD.

- la VBP avait une largeur supérieure à 1 centimètre.

- il existait des signes de rétention biliaire : ictère de type rétentionnel, mais parfois des perturbations biologiques au premier plan : rétention anormale de la BSP, avec 2e pente tendant vers l'horizontale.

- le terrain fragile était en rapport avec le grand âge de l'opéré ou une tare importante : ces deux états étant souvent associés. Exemple :

> Observation 122 - Femme de 80 ans à l'état général médiocre, obèse, présentant un ictère douloureux et fébrile.
> - constatations opératoires : cholécystite calculeuse scléro-atrophique, gros cholédoque contenant un calcul bas situé; pression de passage à 14 cm pas d'image d'oddite; pancréas normal à la palpation.
> - intervention : cholécystectomie, cholédocotomie et ablation du calcul, ACD qui est préférée au drainage de Kehr en présence de ce gros cholédoque, chez cette femme âgée, fatiguée ayant présenté un ictère pré-opératoire.

Remarques - 1 - l'ACD qui était souvent déjà prévue avant l'intervention (voir tableau I page 10) a permis, si cela était nécessaire, de mener l'intervention assez rapidement, au besoin sans RMB : 17 cas parmi les 23 "absence de RMB" mentionnées au chapitre des ACD de sécurité.

2 - Le troisième paramètre de la "triade" (terrain fragile) est bien sûr le moins rigoureux : on a été plus exigeant, par exemple, sur la qualité du terrain lorsqu'on a découvert à l'origine de la dilatation cholédocienne et de la rétention biliaire une oddite (28 cas) qui aurait alors nécessité une sphinctérotomie, mais à laquelle on a justement préféré l'ACD qui devenait de ce fait une nécessité (problème déjà vu plus haut).

2 - Angiocholite aiguë et bile purulente - 12 cas (6 p. cent)

Des poussées d'angiocholite aiguë pré-opératoire avec hémoculture positive (germes Gram négatif) ont été 11 fois le motif de l'ACD. A l'intervention la bile cholédocienne était purulente ou au moins septique en culture.

La VBP était 6 fois très dilatée et une fois modérément dilatée : cependant dans 4 cas elle était à peine dilatée : l'ACD a été néanmoins décidée devant l'intensité des signes angiocholitiques, associés dans deux cas à un bascholédoque douteux en RMB et dans un cas à de la boue biliaire intra-hépatique.

A ces angiocholites aiguës il faut ajouter l'observation n°1 où l'intervention a découvert une bile cholédocienne purulente sans que l'on ait la notion de poussée angiocholitique pré-opératoire : la VBP était dilatée et l'ACD a été décidée.

3 - Angiocholite urémigène - 4 cas (2 p. cent)

Ces 4 observations comportaient toutes un tableau typique d'angiocholite urémigène avec signes généraux, oligo-anurie, urée sanguine à 3 grammes par litre ou plus ; l'intervention a été précédée chaque fois d'épuration extra-rénale.

Dans 3 cas l'intervention a pu être menée de façon complète avec RMB (obs. 32, 72, 79) et même une fois sphinctérotomie pour Oddite (obs. 32 que nous reverrons).

Dans un cas (obs. 93) l'intervention a été rapide, sans RMB, en raison de la fragilité extreme de l'opéré, l'ACD était plus efficace et plusssûre que le drainage de Kehr.

4 - Les très gros cholédoques sans signe de rétention biliaire - 2 cas (1 p. cent).

Deux observations (n°49 et 50) concernent de très grosses dilatations cholédociennes sans cause organique autre qu'une lithiase banale (pas d'oddite ni de pancréatite). Il n'y avait pas d'hypotonie à la manométrie per-opératoire et aucun signe net de rétention biliaire avant l'intervention (pas d'ictère-biologie hépatique normale ou subnormale).

L'indication de l'ACD a donc été portée essentiellement sur le calibre très important de la VBP mais certainement aussi sur le terrain dans l'un des cas (femme de 70 ans, fatiguée); l'autre cas était un homme de 43 ans, en bon état : la VBP ayant été ouverte pour extraction des calculs, il paraissait plus logique de la drainer par ACD que par drain de Kehr en raison de sa taille considérable.

Il apparaît néanmoins que les gros cholédoques sans rétention biliaire ont été une indication rare d'ACD.

5 - Gros cholédoque hypotonique - 1 cas (0,5 p. cent)

A côté des syndromes post-sphinctérotomies recensés plus loin, nous avons un cas de dilatation isolée de la VBP avec hypotonie oddienne, telle que l'a décrite Mallet-Guy :

> Observation 13 - Femme de 72 ans présentant des accès angiocholitiques :
> - constatations opératoires : cholécystite calculeuse scléro atrophique; VBP franchement dilatée, non lithiasique, défilé oddien d'aspect normal mais hypotonie (pression de passage en dessous de 5 cm, résiduelle basse et stable) pancréas normal à la palpation.
> - intervention : cholécystectomie et ACD.

Ce cas est unique parmi nos 200 ACD et nous ferons plus loin une analyse critique de ce type d'indication.

6 - Angiocholites et syndromes post-sphinctérotomie - 8 cas (4 pour cent)

Ces 8 cas sont souvent survenus de nombreuses années après la sphinctérotomie :

Symptomatologie :

- 4 cas se sont manifestés surtout par des douleurs de l'hypocondre droit (parfois lombaires) sans fièvre ni ictère. Parmi ceux-ci un cas était marqué par une nette rétention de la BSP avec P2 presqu'horizontale (obs. 125).

- 4 cas ont présenté des épisodes d'angiocholite vraie à répétition Diverses investigations pré-opératoires ont été faites, en particulier des clichés après ingestion baritée : il existait une fois un reflux duodéno-cholédocien mais jamais de stockage duodénal.

Constatations opératoires :

- dans 2 cas lithiase résiduelle (ou peut être récidivée sur débris alimentaires dans une VBP atone) (obs. 36 et 133)

- la VBP était 6 fois franchement dilatée (avec voies intra-hépatiques cependant normales) 2 fois elle était modérément dilatée (obs. 132, 152)

- la manométrie était :

• 3 fois normale (obs. 15, 29, 128)

• 1 fois difficilement interprétable (obs. 36)

• 4 fois elle montrait une hypotonie nette (pression de passage à 6 cm ou moins, résiduelle à 4 cm et non grimpante)(obs. 128, 132, 133, 152)

• Après ablation des éventuelles concrétions calculeuses, une ACD a été faite, malgré l'absence d'obstacle dans un but de drainage.

• Comme nous le verrons les suites ont été bonnes 7 fois et mauvaises 1 fois, nous ferons plus loin une étude critique des ACD après sphinctérotomie.

D - LES ASSOCIATIONS D'INDICATIONS

En se reportant au tableau récapitulatif de la page suivante, on constate que la somme des indications de nécessité,de sécurité et de principe est supérieure à 200 (334). Autrement dit, il y a eu 334 raisons de faire les 200 ACD. Cela tient au fait qu'assez souvent l'indication de l'ACD a été posée ,pour plusieurs motifs associés : on l'a déjà vu à propos de plusieurs observations; le cas suivant en est encore un exemple :

> Observation 105 - Femme de 72 ans en très mauvais état général (arythmie cardiaque avec insuffisance coronarienne) ayant eu 23 ans auparavant une cholécystectomie; depuis plusieurs années, épisodes d'angiocholite : rétention tardive de la BSP.
> - constatations opératoires : très gros moignon cystique par où est faite la R MB; très gros cholédoque lithiasique : nombreux calculs dont certains sont intra-hépatiques et boue biliaire; image basse d'oddite avec passage très faible à 20 cm, pancréatite chronique de la tête.
> - intervention : résection du moignon cystique, cholédocotomie pour ablation des calculs et ACD car :
> 1 - gros cholédoque chez une femme âgée en mauvais état général, ayant fait des poussées d'angiocholite : indication de PRINCIPE, quelles que soient les autres lésions.
> 2 - pancréatite chronique et oddite : indication de NECESSITE
> 3 - Calculs intra-hépatiques et boue biliaire : indication de SECURITE.

Le tableau suivant montre qu'elles ont été les diverses associations d'indication.

(N = nécessité - S = sécurité - P = principe)

N	S	P	NS	NP	SP	NSP	Total
29	67	31	6	22	36	9	200

Tableau II - Les associations d'indication.

	Motif de l'ACD	Nbre de cas	%
Indications de NECESSITE 72 cas	1 - Pancréatite chronique : - primitive : 4 cas - secondaire : 30 cas	34	17
	2 - Pancréatite aiguë nécrosante avec sténose du bas-cholédoque :	1	0,5
	3 - Oddites :	28	14
	4 - Sténose du bas-cholédoque sans étiologie précise :	5	2,5
	5 - Lésions de la paroi biliaire :	4	2
Indications de SECURITE 153 cas	1 - Empierrement de la VBP :	28	14
	2 - Calculs fragmentés - calculins, boue biliaire :	56	28
	3 - Calculs intra hépatiques	10	5
	4 - Calculs résiduels après plusieurs interventions :	3	1,5
	5 - Pancréatite aiguë oedémateuse	2	1
	6 - RMB douteuse	31	15,5
	7 - absence de RMB per-opératoire	23	11,5
Indications de PRINCIPE 109 cas	1 - Triade "gros cholédoque + rétention biliaire + terrain fragile"	82	41
	2 - Angiocholite aiguë et bile purulente	12	6
	3 - Angiocholite urémigène	4	2
	4 - Très gros cholédoque sans signe de rétention biliaire :	2	1
	5 - Gros cholédoque hypotonique	1	0,5
	6 - Syndromes post-sphinctérotomie	8	4

Tableau III - Les indications des 200 ACD - 334 raisons

III - LES INTERVENTIONS - LA TACTIQUE OPERATOIRE

A - TECHNIQUES DE NOS ANASTOMOSES

Certains détails techniques ont varié selon les cas, concernant :

- le siège - véritablement cholédocien ou hépatique commun,

- la section - partielle (antérieure) ou complète de la VBP réalisant les anastomoses latéro-latérales ou termino-latérales,

- la taille de la bouche anastomotique,

- la disposition réciproque des incisions biliaire et duodénale, réalisant des anastomoses à bords parallèles ou à bords perpendiculaires,

- le nombre de plans de suture - un ou deux plans.

Le tableau suivant résume les techniques utilisées :

Technique	Nombre de cas	Pourcentage
Anastomose cholédoco-duodénale :	185	92,5
Anastomose hépatico-duodénale :	15	7,5
Anastomose latéro-latérale :	198	99
Anastomose termino-latérale : ,	2	1
Anastomose à bords parallèles	162	81
Anastomose à bords perpendiculaires	36	18
Anastomose en 1 plan	144	72
Anastomose en 2 plans	56	28
Taille de la bouche - inférieur à 1,5 cm	2	1
égal à 1,5 cm	160	80
égal ou sup. à 2 cm	38	19

Tableau IV - La technique des anastomoses

Commentaires :

1 - Il apparaît d'emblée que notre technique habituelle a été :

- l'anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale à bords parallèles en un plan de 1,5 cm de calibre".

D'une façon globale, cette technique a été utilisée dans trois quarts des cas.

2 - Les 15 hépatico-duodénostomies ont été motivées par un canal cholédoque d'accès difficile, du fait d'une pédiculite basse (obs. 76., 109, 111, 114, 118, 155, 177) d'une adénopathie pédiculaire bas-située (obs. 103) d'une sclérose post-opératoire dans certaines réinterventions (obs. 86, 157).

Ailleurs l'ouverture a été d'emblée et de principe une hépaticotomie car le cystique s'ébouchait bas sur la VBP ou encore parce qu'il existait une lithiase, haute, intra-hépatique sur laquelle on voulait avoir un meilleur accès (obs. 186, 191, 196).

3 - Il n'y a que 2 anastomoses termino-latérales :

> Observation 73 - empierrement cholédocien avec calculs intra-hépatiques chez une femme de 70 ans en mauvais état général.
> Canal cystique très large, à paroi très épaisse, rendant la fermeture difficile : la solution adoptée a alors été une section complète de la VBP au dessus du canal cystique et une anastomose hépatico-duodénale termino-latérale.
>
> Observation 197 - Angiocholite aiguë avec pyocholécystite et lithiase du cholédoque chez un homme de 82 ans en très mauvais état général
> La minceur de la VBP et la pédiculite sus duodénale ont incité à pratiquer une section oblique du canal hépatique; la fragilité de l'opéré ayant fait rejeter l'anastomose termino-latérale sur anse jéjunale en Y qui aurait prolongé l'intervention, on s'est contenté d'une anastomose hépatico-duodénale termino-latérale.

Les 188 autres anastomoses ont été latéro-latérales car ce procédé est apparu plus simple, plus rapide et moins risqué que le procédé termino-latéral qui oblige à faire le tour de la VBP. Comme nous le verrons plus loin, nous n'avons pas eu d'ennuis secondaires à la persistance du cul-de-sac sous anastomotique dans les suites d'anastomoses latéro-latérales.

4 - En ce qui concerne le procédé latéro-latéral, l'anastomose a été faite 162 fois à bord parallèles : les conditions locales (essentiellement le calibre de la VBP) permettaient l'ouverture transversale ou légèrement oblique en haut et à droite de cette VBP.

Ailleurs (36 cas) le calibre insuffisant de la VBP a fait préférer l'ouverture verticale, perpendiculaire à la duodénotomie : l'anastomose une fois achevée se trouvait alors maintenue béante, losangique.

5 - Jusqu'en 1965, les anastomoses étaient faites le plus souvent en 2 plans (un plan au catgut 00 total sur la VBP, et muqueux sur le duodénum, un plan au nylon 00 superficiel sur la VBP et séromusculaire sur le duodénum).

Depuis 1965 - et déjà avant dans quelques cas - les anastomoses sont faites en un seul plan de nylon 00, à points séparés, totaux sur la VBP, séro-musculaires (c'est-à-dire extra muqueux) sur le duodénum ; tous les points sont noués à l'extérieur de la lumière anastomotique, y compris ceux de plan postérieur.

6 - En ce qui concerne le calibre des anastomoses, nous pensons avec de nombreux auteurs que l'idéal est 2 cm voire plus. Cependant le calibre a été souvent de 1,5 cm (ou plutôt entre 1,5 et 2 cm) et nous verrons plus loin que les résultats n'ont pas été moins bons.

Dans 2 cas seulement la taille de la bouche anastomotique a été inférieure à 1,5 cm.

Observation 149 - VBP fine, ACD de sécurité justifiée car bas-cholédoque douteux et surtout lithiase résiduelle après deux interventions : calibre de l'ACD : 1 cm.

Observation 197 - Il s'agit de l'ACD termino-latérale rapportée plus haut, le calibre de l'ACD est estimé à 12 mm.

B - LES GESTES ASSOCIES A L'ANASTOMOSE

1 - L'attitude vis-à-vis de la vésicule biliaire :

- dans 34 cas elle avait été enlevée lors d'une précédente intervention, cependant, parmi ces 34 cas, nous avons réséqué 5 moignons cystiques : ceux-ci étaient 2 fois petits et 3 fois de grosse taille ; dans un cas le moignon étaitd lithiasique.

- parmi les 166 cas restants, ont été pratiqués :

. 164 cholécystectomies,

. 1 cholécystostomie :

Observation I - c'était en 1954 chez une femme fatiguée de 62 ans, des difficultés de dissection liées à une sclérose après cholécystite ont certainement conduit à cette simple cholécystostomie, après évacuation des calculs ; la VBP étant dilatée et contenant une bile très purulente, une ACD a été faite de principe.

. 1 seule fois aucun geste n'a été fait sur la vésicule :

Observation 23 - il s'agissait d'un homme de 72 ans avec vésicule saine et VBP non lithiasique porteur d'une joddite apparemment primitive et responsable d'une pancréatite chronique, diffuse ; la sphinctérotomie avait été rejetée en raison de l'âge, la vésicule a été laissée en place car saine : cette attitude est à rejeter car elle expose à des accidents d'angiocholite par stase dans la vésicule restante.

En définitive dans 198 cas, sur 200 (soit 99 pour cent) l'ACD a été faite après cholécystectomie, contemporaine ou antérieure.

2 - Ablation des calculs de la VBP

Dans 142 cas, nous avons procédé à l'ablation de calculs de la VBP, après ouverture de celle-ci sur le cholédoque ou sur le canal hépatique commun; comme nous l'avons vu, l'orientation de cette ouverture était fonction du calibre de la VBP, en ayant présente à l'esprit l'éventualité de l'ACD. Dans 5 cas il a fallu s'aider d'une sphinctérotomie d'extraction (nous y reviendrons).

Dans 58 cas il n'y avait pas de lithiase de la VBP.

3 - Sphinctérotomie associée à l'ACD :

Dans 7 cas, nous avons été amenés à associer sphinctérotomie et ACD Les raisons de cette association ont été variées :

a) -Sphinctérotomie pour extraction basse de calculs : 1 cas

Observation 178 - Chez un homme de 42 ans, en bon état général empierrement massif de la VBP, avec calculs du bas-cholédoque : la sphinctérotomie en facilite l'extraction, cependant, l'existence de très nombreux calculs intra hépatiques conduit à associer une ACD afin d'assurer un meilleur drainage de la VBP.

b) - Sphinctérotomie pour libération d'une pancréatite diffuse de stase : 1 cas.

Observation 32 - angiocholite urémigène chez une femme de 55 ans (ic (ictère intense avec clochers fébriles, état général altéré, oligo-anurie avec urée sanguine à 3,90 g/litre, discrète élévation de l'amylasémie).
Après épuration extra-rénale et légère amélioration de l'état général, l'intervention est rapidement décidée :
- RMB - VBP dilatée, pression de passage à 8 cm après aminophylline intra-veineuse (oddite spasmodique) reflux important dans le canal de Wirsung qui est très dilaté,
- à la palpation, pancréatite chronique diffuse de stase,
- cholédocotomie : boue biliaire et un calcul fragmenté, bile septique (ce sera du proteus).
- la vésicule contient également de la boue et est enlevée,

L'existence d'une pancréatite diffuse de stase avec canal de Wirsung très dilaté fait pratiquer une sphinctérotomie malgré l'état général précaire de cette malade.
En raison de l'angiocholite urémigène récente et de la présence de calcul fragmenté et de boue biliaire, on pratique en outre une ACD afin d'assurer un large drainage de la VBP.

c) - Sphinctérotomie à la fois pour extraction et pour libération : 5 observations qu'on peut résumer ainsi :

Observation 19 - 54 ans - sphinctérotomie car calcul vatérien et pancréatite chronique avec papille duodénale hypertrophique.
ACD car sténose étendue du bas-cholédoque par la pancréatite.

Observation 109 - 34 ans -SPhinctérotomie car empierrement avec calculs vatériens et oddite.
ACD car empierrement massif.

Observation 124 - 72 ans et excellent état général : mêmes indications que l'observation précédente.

Observation 169 - 80 ans - sphinctérotomie malgré l'âge car calculs bas situés et surtout pancréatite diffuse avec en RMB reflux dans le canal de Wirsung qui est dilaté.
ACD car sténose du bas cholédoque et calculs intra hépatiques.

Observation 198 - 38 ans - sphinctérotomie pour extraction d'un gros calcul résiduel et libération d'une pancréatite chronique diffuse.
ACD en raison de cette pancréatite qui enserre le cholédoque.

4 - Fistules bilio-digestives spontanées :

Nous avons procédé à 2 sutures coliques de fistules cholécysto-duodénale

Nous avons utilisé 3 fois l'orifice duodénal d'une fistule spontanée pour réaliser l'ACD (obs. 3, 12 et 76).

5 - Spléno-pancréatectomie corporéo -caudale - 1 cas

Observation 141 - Homme de 33 ans opéré 1 an auparavant pour pancréatite subaiguë récidivante : cholécystectomie et splanchnicectomie, pas d'anastomose bilio-digestive car VBP normale avec pressions normales en RMB
Réintervention décidée en raison de la persistance de crises épigastriques intenses : on découvre une pancréatite chronique, très dure, diffuse, mais prédominant sur corps et queue, on pratique une spléno-pancréatectomie corporéo-caudale en y associant une ACD pour prévenir d'éventuels ennuis biliaires secondaires puisque la tête pancréatique, pathologique, a été laissée en place.

6 - Splénectomie pour maladie hémolytique : 2 cas

Dans les deux cas il s'agissait de lithiase vésiculaire avec grosse rate d'origine hémolytique : la splénectomie a été associée à la cholécystectomie.

L'ACD a été faite dans un cas (obs. 84) pour oddite avec pancréatite diffuse sur terrain fragile, dans l'autre cas (obs. 190) en raison d'un bas-cholédoque douteux, irrégulier, surmonté d'une VBP dilatée.

7 - Gastro entérostomie - 1 cas

Ce cas remonte à 1954

Obs. 1 - Une cholécystostomie avait été faite, associée à une ACD (l'observation a déjà été décrite au paragraphe" attitude vis-à-vis de la vésicule biliaire (p. 27 B.I)

La gastro entérostomie a vraisemblablement été faite pour éviter le reflux duodéno-cholédocien dans l'ACD : cette attitude paraît actuellement tout à fait abusive.

8 - Ulcères duodénaux - 3 cas :

- Observation 83 - Homme de 69 ans en mauvais état (emphysème pulmonaire), porteur d'un ulcère duodénal perforé bouché dans le pédicule hépatique, associé à un empierrement résiduel (cholécystectomie et drainage de Kehr 3 ans auparavant).
Intervention - vagotomie,
- hémi gastrectomie de type Péan avec anastomose sur le deuxième duodénum,
- ACD en raison de l'empierrement cholédocien.

Observation 177 - Homme de 59 ans porteur d'un ulcère duodénal associé à un empierrement de la VBP avec boue biliaire.
Intervention : - vagotomie
- hémi gastrectomie de type Pean
- cholécystectomie
- hépaticoduodénostomie en raison de l'empierrement et de la boue biliaire.

Observation 137 - C'est la seule observation de maladie ulcéreuse pure: angiocholite par ulcère bulbaire fistulisé dans la VBP avec bas-cholédoque infranchissable, englobé dans la sclérose péri-ulcéreuse; une gastro entérostomie avait été faite 4 ans auparavant; il n'existait pas de lithiase biliaire.
Intervention : - vagotomie
- ACD de nécessité précédée d'une cholécystectomie,
- drainage de deux abcès du foie
Cette observation a déjà été rapportée à propos des indications de nécessité pour lésion de la paroi biliaire (page18 paragraphe 5)

9 - Hernies hiatales

Trois cures de hernie hiatale ont été faites (obs. 46, 122 et 186)

Il faut y ajouter trois réfections isolées de l'angle de His pour simple malposition cardio-tubérositaire.

oOo

IV LES SUITES IMMEDIATES

Par suites immédiates nous entendons les suites opératoires pendant l'hospitalisation.

Nous envisagerons successivement :

- les soins post-opératoires,
- les suites simples
- les troubles post-opératoires mineurs
- les complications
- les décès post opératoires
- l'étude radiologique du reflux par repas baryté
- les durées d'hospitalisation.

Nous commenterons ensuite l'ensemble de ces suites immédiates.

A - LES SOINS POST OPERATOIRES

Nous les résumerons très brièvement.

1 - L'aspiration naso-gastrique post-opératoire était appliquée à peu près systématiquement jusqu'en 1967. Depuis elle n'a plus été imposée au malade et les suites n'en ont pas été perturbées : elle demeure systématique dans quelques cas précis (lorsque, par exemple, une sphinctérotomie a été associée à l'ACD).

2 - L'antibiothérapie a été systématique puisqu'en général la VBP sur laquelle on intervenait était le siège de stase et d'infection.

3 - La thérapeutique anticoagulante préventive a été largement utilisée, même chez les opérés âgés, en tenant compte cependant des contrindications (sclérose artérielle avec risque neurologique, hypocoagulabilité spontanée en rapport avec un déficit hépatique, passager ou durable).

B - SUITES SIMPLES - 158 cas (79 %)

Ces suites simples sont définies par les faits suivants :

- absence de complication locale ou générale,

- apyrexie

- absence de douleur

- régression complète de l'ictère s'il existait dans la période pré-opératoire,

- nette amélioration de l'état général qui a été parfois transformé,

L'observation 72 en est un exemple :

- angiocholite urémigène chez un homme de 42 ans
Intervention après rein artificiel : ACD de principe et de sécurité car boue cholédocienne abondante,
Les suites sont remarquablement simples : le malade déjaunit rapidement, il est apyrétique, son état général s'améliore très vite et ses constantes urinaires se rétablissent sans séance d'épuration extra-rénale. La sortie a lieu le 16 e jour post-opératoire. Deux ans plus tard, le résultat est très bon.

C - LES TROUBLES POST-OPERATOIRES MINEURS - 4 cas (2 p.cent)

1 - Douleurs abdominales post-prandiales - 1 cas :

Observation 19 - cette observation a été rapportée page 30 à propos de l'association sphinctérotomie et ACD, la malade était porteuse d'une pancréatite chronique secondaire.
Des douleurs à type de crampes post- prandiales ont marqué les suites opératoires et ontpersisté quelques mois après la sortie, puis elles ont totalement disparu et les suites à distance (recul de 10 ans et demi) sont très bonnes.

2 - Fièvre inexpliquée - 1 cas

Observation 13 - ACD pour gros cholédoque hypotonique (obs. rapportée page 23).
Une fièvre isolée (ni douleur ni ictère) et inexpliquée (aucune cause pariétale, pulmonaire, urinaire ou veineuse) a retardé la sortie jusqu au 34e jour, les suites à distance (recul de 7 ans) sont très bonnes.

3 - Ictère passager - 2 cas

Observation 88 - ACD pour calcul cholédocien et oddite avec très grosse VBP.
L'ictère pré-opératoire qui avait régressé est réapparuq de façon transitoire sans fièvre ni douleur, accompagné d'une élévation modérée de l'amylasémie, la sortie a pu se faire au 18e jour et le résultat est très bon 3 ans et demi plus tard.

Observation 151 - ACD pour oddite sans pancréatite.
Les suites sont marquées par la réapparition d'un ictère modéré, cliniquement isolé, mais accompagné de perturbations des épreuves fonctionnelles hépatiques; les corticoïdes ont un effet favorable et la sortie se fait le 33e jour, 1 an et demi plus tard le résultat est bon.

D - COMPLICATIONS

On peut les répartir en :

- complications intra-abdominales en y associant les complications d'ordre digestif,
- complications pariétales
- complications générales.

Les complications suivies de décès seront simplement citées et détaillées au chapitre des décès.

1 - Complications intra-abdominales et digestives - 7 cas (3,5 %)

- Pancréatite aiguë hémorragique mortelle - 1 cas

Il s'agit de l'observation 159 que nous commenterons plus loin : nous verrons que l'ACD n'est pas responsable de cette complication.

- Cholépéritoine - 1 cas :

Observation 157 - ACD pour oddite résiduelle après cholécystectomie chez une femme de 75 ans, résection d'un gros moignon cystique lithiasique et ablation de deux calculs résiduels de la VBP associés à de la boue.
Vers le 8e jour apparaît un épanchement de la base droite qui paraît pleural d'abord, puis sous diaphragmatique et vers le 15e jour une fistule biliaire externe apparaît au niveau de l'orifice de drainage sous hépatique; la fistulographie montre une poche rétentionnelle inter-hépato-diaphragmatique postérieure, tandis qu'au repas baryté, il existe un reflux duodéno-cholédocien minime, sans fuite visible au niveau de l'anastomose.
La fistule est traitée par cathétérisme simple et protection de la peau et finit par se tarir complètement en un peu plus d'un mois.
La sortie sera tardive (121e jour) car d'autres complications vont survenir : embolie pulmonaire et lymphangite suppurée du membre supérieur gauche.
Les suites à distance (1 an et demi de recul) sont bonnes.

Au total le siège exact de la fuite biliaire n'est pas certain : il peut s'agir de l'ACD elle même bien qu'il n'y ait pas d'image en faveur sur les radios, ou d'une fuite au niveau d'un canal biliaire accessoire passé inaperçu lors de l'intervention (qui était une deuxième intervention).

- Ecoulement transitoire de bile par le drain sous hépatique - 1 cas

Observation 79 - ACD de principe pour angiocholite urémigène.
Un écoulement de bile par le drain sous hépatique, d'environ 200 ml par 24 heures, apparaît les premiers jours pour se tarir complètement le 8e jour, sans donner lieu à aucune autre complication; la sortie se fait au 25e jour et le résultat est très bon 3 ans et demi plus tard.

Là encore, l'origine de cette fuite transitoire et précoce (pour laquelle on ne peut parler de fistule) est difficile à préciser.

- Réaction abdominale sous hépatique - 2 cas

Observation 152 - ACD pour angiocholite post-sphinctérotomie.
Dans les suites précoces, apparition de douleurs abdominales avec empâtement sous ombilical.
Réintervention le 35e jour : on ne découvre qu'un hématome du mésocolon transverse (la malade était aux anticoagulants).
Les suites de cette réintervention sont simples, la sortie a lieu le 56e jour; revue un an plus tard pour cure d'éventration, la malade va très bien sur le plan digestif et général.

Observation 182 - ACD pour lithiase du cholédoque avec boue biliaire
Dans les suites, des douleurs de l'hypocondre droit apparaissent vers le 10e jour, avec défense modérée et fièvre à 40°, sans ictère tout s'arrange rapidement sous traitement antibiotique et l'opérée sort le 25e jour; treize mois plus tard, le résultat est très bon.

Dans cette deuxième observation il s'était peut être produit une fuite biliaire minime et transitoire au niveau de l'anastomose, secondairement infectée : ceci ne peut être qu'une hypothèse, car il pouvait s'agir également d'un lâchage de moignon cystique sans extériorisation de bile par le drain, ou encore de l'infection banale d'un hématome profond.

- Hématémèse - 2 cas :

Observation 22 - ACD pour lithiase du cholédoque avec oddite chez un homme de 57 ans en très mauvais état général (tuberculeux, pottique et grand insuffisant respiratoire).
Au 8e jour, hématémèse unique de 400 ml , la sortie est autorisée au 13e jour mais le malade est transféré dans un service de médecine pour ses problèmes respiratoires.
6 ans plus tard, le résultat est très bon sur le plan digestif et abdominal, sans aucune récidive d'hématémèse ou de melaena (un transit baryté fait plusieurs mois après la sortie, à titre de contrôle systématique, avait montré un reflux dans l'ACD et l'absence de lésion gastro-duodénale).

Observation 71 - ACD pour bas-cholédoque douteux sans lithiase du cholédoque mais avec bile purulente, chez une femme de 87 ans, en très mauvais état général ayant fait une poussée d'angiocholite ,aiguë.
Le 7e jour survient une hématémèse unique et de faible abondance, cependant l'état général s'améliore très nettement, l'ictère régresse presque complètement jusqu'au 12e jour où la malade fait un arrêt cardiaque brutal, vraisemblablement par embolie pulmonaire massive; l'autopsie est refusée par la famille.

Ces deux hématémèses, uniques et de faible abondance, étaient peut être en rapport avec un suintement hémorragique au niveau de l'anastomose et ayant reflué en deçà du pylore : il s'agit d'une hypothèse.

2 - Complications pariétales - 7 cas (3,5 %)

Elles se sont limitées à 7 abcès de paroi, responsables de clochers fébriles et d'une hospitalisation prolongée au delà des délais habituels.

3 - Complications générales - 31 c as (15,5 pour cent)

On compte chez 26 opérés, 31 complications générales, celles-ci étant parfois associées.

Ces complications se répartissent de la façon suivante :

- Complications neurologiques - 5 cas
  - 1 hémiplégie gauche régressive
  - 3 accidents vasculaires cérébraux mortels (avec deux fois hémiplégie).

- 1 syndrome méningé chez une femme très fragile (atteinte de pan hypopituitarisme);à sa sortie, la malade est passée en service de médecine ;sur le plan digestif, le résultat est bon avec un recul de 4 ans (obs.76)

- Complications respiratoires - 14 cas

- 4 encombrements bronchiques importants chez des sujets en très mauvais état général,

- 3 épanchements pleuraux de la base droite,

- 1 bronchopneumonie régressive sous traitement,

- 2 insuffisances respiratoires gravissimes, dont l'une mortelle et l'autre avec coma régressif en milieu spécialisé : le resultat de ce deuxième cas est bon sur le plan digestif, avec 3 ans de recul (obs. 94)

- 1 oedème aigu pulmonaire mortel chez un sujet opéré pour angiocholite urémigène (obs. 93 décrite plus loin).

- 3 embolies pulmonaires dont deux massives et mortelles.

- Complications cardio-vasculaires - 6 cas

- 1 crise de tachyarythmie chez un insuffisant cardiaque, avec très bon résultat sur le plan digestif un an après l'intervention.

- 1 crise d'angine de poitrine,

- 4 phlébites d'un membre inférieur, qui ont bien réagi au traitement.

- Complications diverses - 6 cas :

- 2 comas hépatiques terminaux (voir plus loin)

- 2 cachexies progressives avec adynamie ayant évolué vers la mort (voir plus loin)

- 1 infection urinaire à Proteus

- 1 lymphangite du membre supérieur gauche après dénudation veineuse, suivie d'adénite suppurée qui a du être incisée et drainée.

Au total, ces complications générales ont été responsables, comme nous allons le voir, de 11 décès sur 13 parmi les 200 opérés.

E - LES DECES POST OPERATOIRES - 13 cas (6,5 %)

Il s'agit des observations suivantes :

- Observation 10 - femme de 86 ans en très mauvais état général, cirrhotique ascitique et porteuse d'une lithiase de la VBP responsable d'un ictère récent.
Ablation d'un calcul cholédocien et ACD car le bas cholédoque est douteux, la VBP dilatée et le terrain très fragile.
Décès le 5e jour dans un coma hépatique.

- Observation 11 - Femme de 68 ans en très mauvais état général, en arythmie complète, ictérique depuis trois mois. cholécystite aiguë
- ACD de principe et de sécurité car nombreux calculs cholédociens dont certains sont intra hépatiques (pas de RMB)
Hémiplégie à la 48e heure et décès le 13e jour malgré une trachéotomie faite en raison d'un important encombrement trachéo-bronchique.
Nécropsie: ramollissement cérébral.

Observation 25 - Femme de 74 ans, en très mauvais état général (insuffisant coronarienne) ictérique.
Gros cholédoque lithiasique : ACD de principe
Décès à la 48e heure par embolie pulmonaire massive.

Observation 71 - Cette observation a déjà été commentée page 37 à propos d'une hématémèse transitoire; cette femme de 87 ans était en très mauvais état général (obèse, très asthénique, hypertendue et arythmique) et angiocholitique.
Hormis l'hématémèse transitoire le 7e jour, les suites de l'ACD ont été favorables jusqu'au 12 e jour où la malade a fait un arrêt cardiaque brutal probablement par embolie pulmonaire massive.

Observation 74 - Femme de 82 ans, en très mauvais état général, icté rique et amaigrie, suspecte de cancer du pancréas avant l'intervention. En fait, oddite imposant l'ACD, pas de lithiase du cholédoque, mais lithiase vésiculaire, pancréas normal et foie d'aspect cirrhotique.
Décès le 4e jour dans un coma hépatique.
Nécropsie : il s'agissait d'une cirrhose biliaire cholangiolithique type Mac Mahon.

Observation 93 - Femme de 69 ans en très mauvais état général (angiocholite urémigène avec coma)
Intervention après épuration extra-rénale : gros foie de cholostase épanchement bilieux derrière le petit épiploon, cholécystite lithiasique scléro atrophique (cholécystectomie) gros cholédoque contenant un calcul, pas de RMB, ACD de principe.
Décès le jour même de l'intervention par OAP

Nécropsie : abcès miliaires du foie , thrombose des veines portes intra hépatiques, la bouche d'anastomose est parfaitement étanche.

Observation 108 - Homme de 73 ans en très mauvais état général, grand obèse et diabétique, ayant subi une cholécystostomie sous anesthésie locale pour pyocholécyste.
Réintervention précoce car empierrement cholédocien(pas de RMB) VBP dilatée, ACD de principe et de sécurité.
Suites immédiates assez bonnes mais hémiplégie et décès le 12e jour.

Obs. 113 - Homme de 87 ans en très mauvais état général (bronchite chronique avec insuffisance ventriculaire droite importante), présentant des poussées d'angiocholite avec ictère très intense.
Cholécystite aiguë (ablation difficile)
Empierrement cholédocien avec boue biliaire et quelques calculs intra-hépatiques; VBP très dilatée, ACD de principe et de sécurité (pas de RMB).
Suites immédiates d'abord très bonnes (régression de l'ictère et apyrexie) mais installation d'une cachexie progressive avec adynamie et décès au 30e jour.
Aucune cause précise n'est retrouvée à l'autopsie.

Observation 136 - Homme de 78 ans en très mauvais état général, grand insuffisant respiratoire, présentant un ictère isolé, progressif, évoquant une origine néoplasique.
A l'intervention : gros cholédoque contenant un calcul bas-situé et de la boue qui sont enlevés par cholédocotomie, ACD de principe et de sécurité.
Suites : atélectasie pulmonaire le premier jour puis amélioration transitoire tandis que l'ictère régresse mais nouvelle agravation et décès le 25e jour, de cause cardio-respiratoire.

Observation 159 - Femme de 84 ans en bon état général compte tenu de son âge, opérée pour cholécystite aiguë avec obstacle probable sur la VBP (ictère).
A l'intervention : pyocholécyste; en RMB énorme cholédoque (4 cm de largeur) pas de passage à 30 cm et présence d'un calcul du bas-cholédoque pancréas normal.
Le calcul ne peut être enlevé par la simple cholédocotomie; compte tenu de l'âge de l'opérée et des conditions locales qui ont déjà prolongé l'intervention (adhérences péri vésiculaires très importantes) on renonce à aborder la papille duodénale pour extraire le calcul et on se contente d'une ACD.
Suites immédiates : décès le 1er jour.
Nécropsie : on découvre une pancréatite aiguë hémorragique avec un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater.

Commentaires : cette pancréatite aiguë hémorragique (PAH) n'est pas une complication de l'ACD mais la conséquence des essais infructueux d'ablation du calcul, qui ont abouti à son enclavement complet dans l'ampoule de Vater, et à un traumatisme probable de la papille. Il aurait fallu aborder celle-ci directement et faire une sphinctérotomie d'extraction, qui ici s'imposait malgré les réticences liées aux conditions locales et à l'âge de l'opérée. L'ACD res-

tait d'ailleurs justifiée comme geste complémentaire, en raison de cette énorme dilatation cholédocienne et de l'âge.

Observation 163 - Cette observation concernant une femme de 50 ans en très mauvais état général a déjà été rapportée page 20 à propos des pancréatites oedémateuses comme indication de sécurité des ACD.
Le décès est survenu le 2e jour et malheureusement l'autopsie n'a pu être obtenue.

Commentaires : on peut se demander là encore si l'intervention a été complète; en effet, malgré l'absence de calcul provenant du bas cholédoque, un abord direct de la papille aurait peut être découvert et levé un obstacle oddien ou vatérien responsable de la pancréatite oedémateuse. L'absence de vérification ne permet pas de conclure et la cause du décès reste incertaine, mais, même si celle-ci est pancréatique, l'ACD n'est pas directement en cause.

Observation 164 - Femme de 88 ans sénile, en très mauvais état général présentant un tableau de péritonite biliaire avec ictère.
Vésicule très inflammatoire laissant transsuder la bile, en RMB très gros cholédoque et aucun passage à 30 cm ; après cholédocotomie, ablation d'un calcul du bas-cholédoque; un contrôle cholangiographique par drain de Kehr montre la liberté du bas cholédoque avec bons passages dans le duodénum. On termine par une ACD de principe.
Les suites immédiates sont très satisfaisantes sur les plans abdominal et digestif, l'ictère régresse. Cependant s'installe un état d'adynamie conduisant au décès le 14e jour.

Observation 197 - Homme de 82 ans en très mauvais état général (grand obèse, insuffisant respiratoire), cette observation a été rapportée page 26 à propos des anastomoses termino-latérales (ACD pour angiocholite aiguë).
Dans les suites, l'ictère diminue mais apparaît un encombrement respiratoire majeur nécessitant de nombreuses broncho-aspirations après intubation trachéale; un accident vasculaire cérébral est finalement responsable de la mort le 10e jour.

F - ETUDE RADIOLOGIQUE DU REFLUX PAR LE REPAS BARYTE

Après les premières interventions, le reflux a été recherché presque systématiquement vers le 12e jour post-opératoire.

Actuellement, cet examen n'est fait que si surviennent des troubles ; parfois d'ailleurs lors d'une consultation, vers les 2e ou 3e mois post-opératoires.

Parmi les 200 cas, le reflux a été recherché 28 fois.

1 - Présence d'un reflux : 25 cas (89 p. cent)

- il était parfois uniquement cholédocien (18 cas)

- ailleurs il était cholédocien et intra-hépatique (6 cas avec 3 fois un reflux très massif)

Corrélation radio-clinique dans ces cas de reflux :

- 21 fois il n'existait aucun trouble : le reflux avait été recherché à titre systématique (il s'agissait des premières interventions).

- 2 fois il n'existait également aucun trouble, mais le transit baryté avait été demandé pour d'autres raisons : contrôle après cure de hernie hiatale (obs. 122) et après vagotomie (obs. 137).

- 1 fois existait un subictère (obs. 151 vue page 32) le reflux cholédocien était peu important. Il semble bien cependant que cet ictère discret n'ait pas été de cause mécanique car il s'accompagnait de perturbation des épreuves fonctionnelles hépatiques et a bien réagi au traitement corticoïde.

- 1 fois enfin il s'agissait d'un cholépéritoine (obs. 157, vue page 33) le reflux était peu important et on ne voyait pas de fuite au niveau de l'ACD.

2 - Absence de reflux - 3 cas (11 p. cent)

- 2 cas étaient asymptomatiques

- 1 cas comportait des douleurs à type de crampes post-prandiales (obs. 19, rapportée page 32). Il était intéressant de noter que 2 ans plus tard, alors que toute douleur avait disparu, un nouveau transit baryté montrait un reflux massif cholédocien et intra-hépatique. Avec 10 ans et demi de recul, le résultat est très bon.

G - LES DUREES D'HOSPITALISATION POST OPERATOIRE

1 - Durée moyenne : 15, 185 jours soit 15 jours

Cette moyenne s'entend après exclusion des 13 décès.

2 - Répartition en tranches des durées d'hospitalisation

L'histogramme page 40 établit cette répartition :

Ainsi d'une façon approximative :

- trois quarts des opérés ont été hospitalisés moins de 20 jours après l'intervention (et plus de la moitié de ceux-ci moins de 15 jours)

- un huitième environ est resté entre 20 et 25 jours,

- moins d'un huitième est resté au delà de 25 jours.

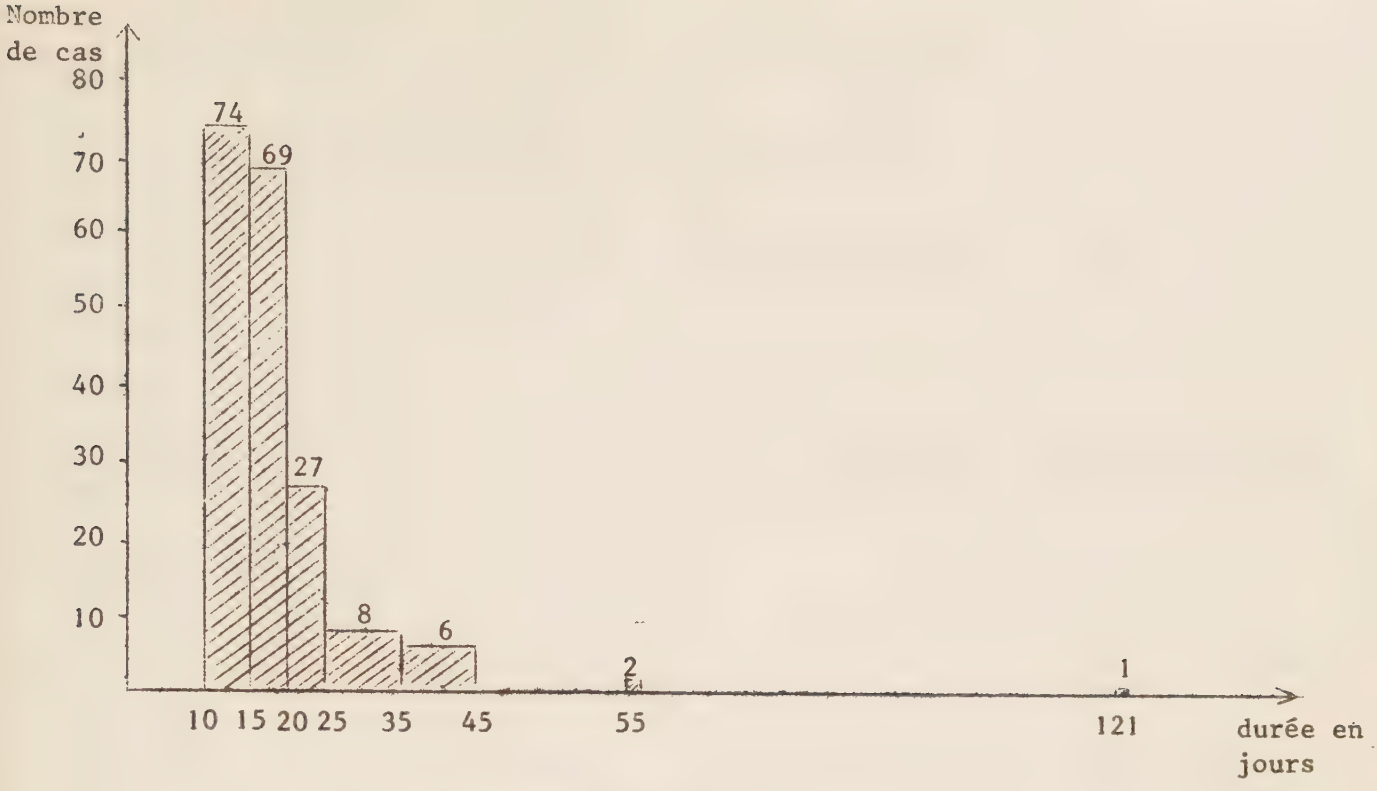


Figure 2 - Les durées d'hospitalisation

3 - Les hospitalisations prolongées (au delà de 25 jours)

La durée maxima est de 121 jours : il s'agit de l'observation 157 déjà rapportée, concernant une femme de 57 ans qui a cumulé les complications :

- épanchement pleural de la base droite vers le 8e jour,
- cholépéritoine vers le 15e jour, tari en plus d'un mois
- embolie pulmonaire gauche vers le 70e jour,
- lymphangite du membre supérieur après dénudation, suivie d'adénite suppurée.

La malade est sortie le 121 e jour et ne présentait plus aucun trouble sur le plan abdominal et digestif.

Au dessus de 50 jours : 2 cas, la prolongation de l'hospitalisation a été motivée une fois par un hématome du méso colon transverse (observation 152 déjà vue), une fois par un abcès de la paroi trainant et surtout dans les deux cas par une attente de placement en maison de convalescence.

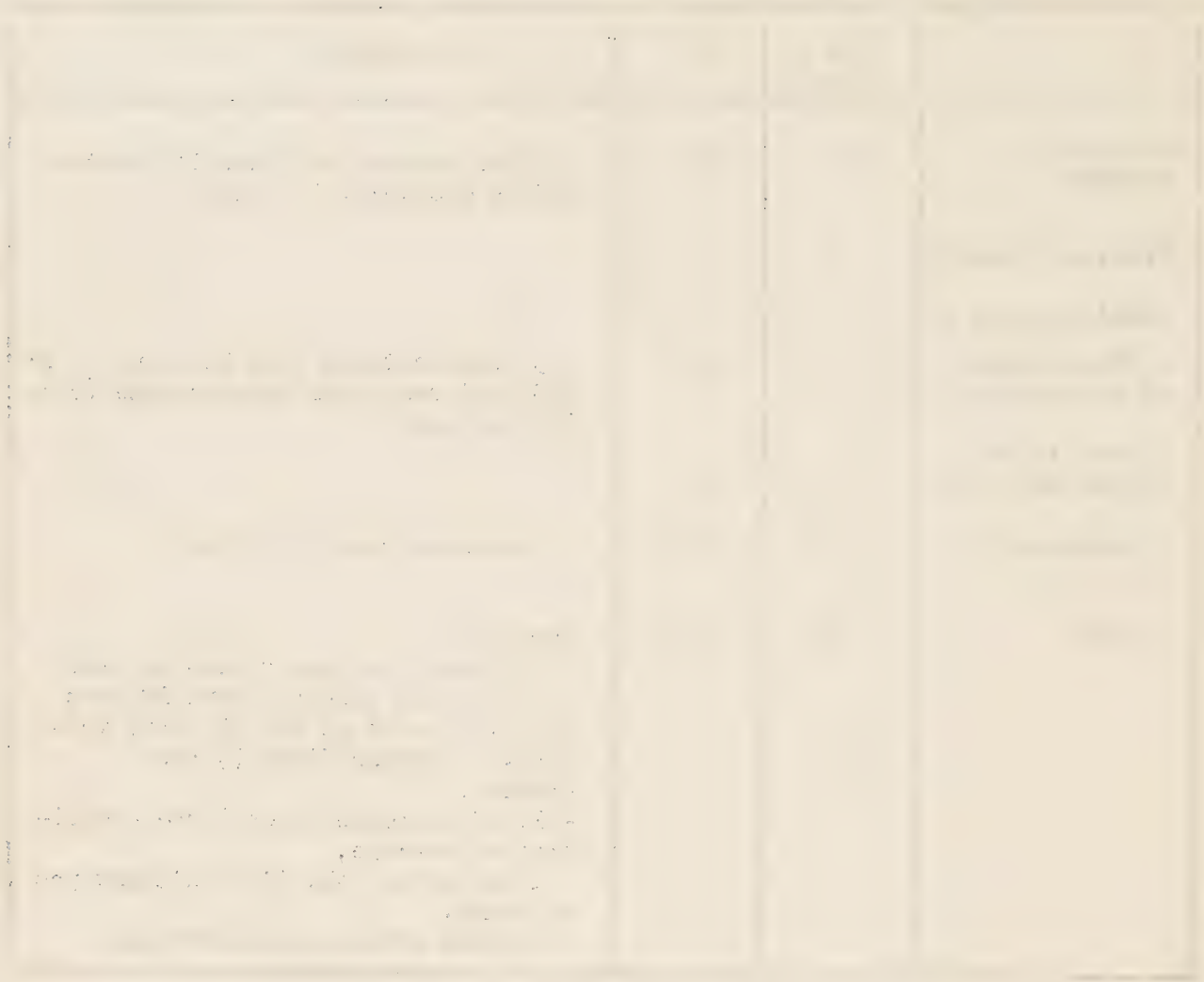
Entre 25 et 45 jours : 14 cas - il s'est agi soit d'une complication soit là encore, d'une attente de placement en maison de repos ou en hospice de vieillards.

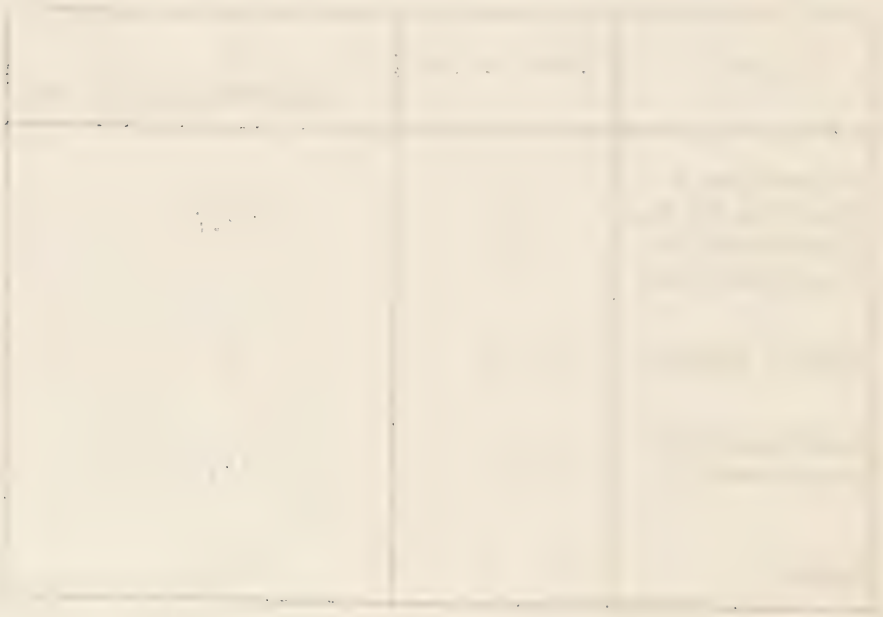
	Nb. de cas	%	Remarques
Suites très simples	158	79	- durée moyenne de l'hospitalisation (décès exclus) = 15 jours
Troubles mineurs	4	2	
Complications :			
- abdominales et digestives	7	3,5	- 5 complications peut être dues à l'ACD dont une seule préoccupante (cholépéritoine)
- pariétales (abcès de paroi)	7	3,5	
- générales	31	15,5	- survenues chez 26 opérés
DECES	13	6,5	Terrain : - 12 décès chez des sujets en très mauvais état général (dont 10 très agés). 1 sujet en bon EG (mais très agé). moyenne d'âge 77 ans Causes : - 11 décès secondaires à une complication générale, - 1 décès par PAH, l'ACD n'étant pas en cause. - 1 décès d'étiologie incertaine

Tableau V - les suites immédiates des 200 ACD

16 cas	Nbre de cas	% rapporté aux 16 cas
Régression de l'ictère et des phénomènes angiocholitiques	15	93,7
Suites simples	8	50
complications non mortelles	5	31,2
Décès	3	18, 7

Tableau VI - Suites immédiates après angiocholite aigue ou urémigène





41 cas	Nombre de cas	% rapporté aux 41 cas
Suites simples	20	48,7
Troubles mineurs	0	0
Complications non mortelles	9	21,9
Décès	12	29,2

Tableau VII - Suites immédiate chez les sujets opérés en très mauvais état

95 cas	Nombre de cas	% rapporté aux 85 cas
Suites simples	76	80
Troubles mineurs	1	1,05
Complications non mortelles	8	8,4
Décès	10	10,5

Tableau VIII - Suites immédiates chez les opérés très âgés (au dessus de 70 ans)

En conclusion des suites immédiates, l'analyse de ces 4 tableaux montre s'il en était besoin l'efficacité et l'innocuité des ACD :

Efficacité comme le prouve la régression rapide de l'ictère et des phénomènes angiocholitiques chez 93,7 p. cent des sujets opérés pour angiocholite aiguë ou urémigène (un opéré est décédé immédiatement, deux autres un peu plus tard alors que l'angiocholite avait régressé).

Innocuité car les suites ont été le plus souvent très simples même chez les sujets très âgés (80 p. cent des cas) chez les sujets en très mauvais état général ou porteur d'une angiocholite aiguë (voire urimigène) le pourcentage de suites très simples reste encore élevé (un cas sur deux). Les décès sont survenus chez des sujets agés ou très fragiles et aucun n'est imputable directement à l'ACD. Enfin, parmi les complications abdominales dont aucune ne peut non plus être attribuée avec certitude à l'ACD, une seule a été préoccupante : la cholépéritoine.

V - LES RESULTATS LOINTAINS

A - PROTOCOLE D'ETUDE DES RESULTATS LOINTAINS

1 - Mâtériel :

Parmi les 200 opérés, 13 sont décédés pendant l'hospitalisation post opératoire et 25 ont été perdus de vue,

Il reste donc 162 dossiers utilisables.

Les pourcentages seront cependant rapportés aux 200 opérés et non à ces 162 dossiers.

2 - Délais d'observation :

Ils s'étaient de 1 an (délai minimum exigé) à 11 ans.
Le délai moyen est de 3 ans et 3 mois
L'histogramme suivant répartit en tranches ces délais d'observation.

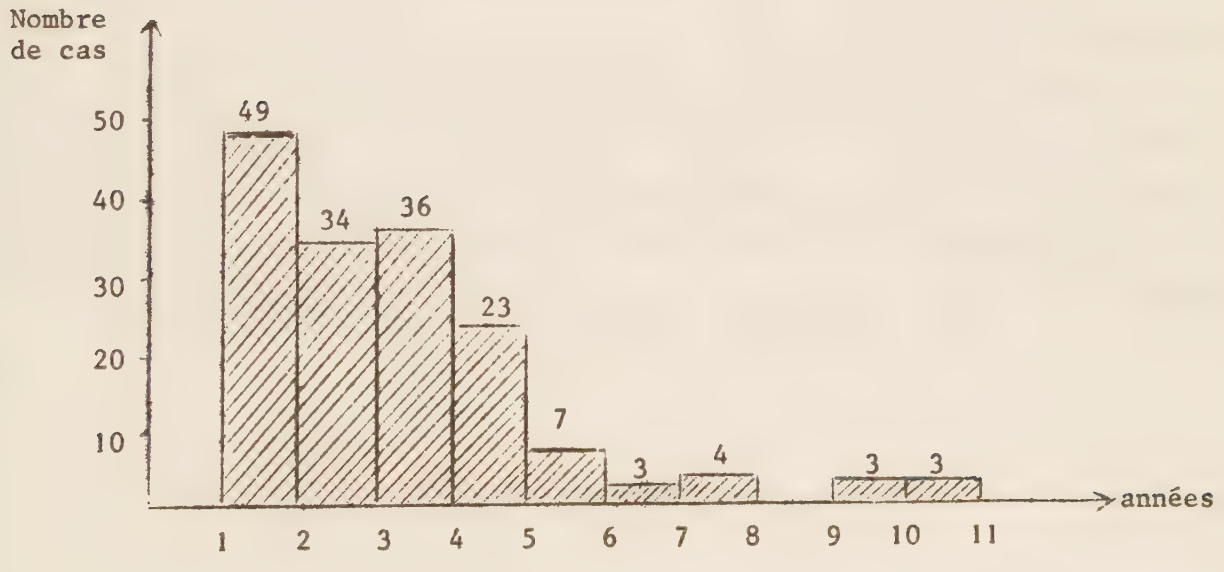


Figure 3 - Les délais d'observation à distance

Remarque : certains opérés ont été revus deux fois, la première fois à l'occasion d'un travail identique fait en 1966 à propos de nos 63 premières ACD (J. LATASTE et J.C. DOCQUIER "Les anastomoses bilio digestives extra-hépatiques dans les affections non tumorales - Résultats et indications" J. Chir. 92 313,330)

3 - Critères d'appréciation :

Ils sont d'abord cliniques, accessoirement paracliniques.

a) - Critères cliniques :

- état général, poids, reprise du travail,
- symptomatologie fonctionnelle, depuis les douleurs abdominales jusqu'aux signes dyspeptiques nécessitant un régime,
- température,
- présence ou absence d'ictère
- examen physique de l'abdomen.

b) - Critères para cliniques

- étude radiologique du reflux après repas baryté
- cholangiographie intraveineuse
- exploration fonctionnelle du foie avec étude prolongé de l'élimination de la BSP.

Un travail scientifique aurait bénéficié de l'étude systématique de ces critères para cliniques, nous n'avons cependant pas voulu imposer ces examens aux opérés bien portants, et les avons réservé à ceux qui présentaient des troubles dont la persistance faisait envisager une réintervention (essentiellement transit baryté et biologie, accessoirement cholangiographie).

c) - Nous appuyant sur ces critères, nous avons répartis les résultats en :

- très bons (TB)
- bons (B)
- passables (Pas)
- Mauvais (M)

Nous y avons ajouté, en parallèle, une impression "subjective" d'ensemble de l'opéré lui même qui se dit :

- totalement satisfait de l'intervention,

- partiellement satisfait
- pas du tout satisfait.

B - ETUDE DES RESULTATS GLOBAUX

1 - Très bons résultats : 119 cas (59,5 p.cent)

Tous ces cas répondent aux critères suivants :

- opéré totalement satisfait,
- en bon état général, ou du moins comparable à celui qu'il avait avant la maladie biliaire,
- reprise du poids si le malade avait maigri avant l'intervention,
- reprise du travail dans des conditions normales chez le sujet encore actif,
- absence complète et durable de tout signe fonctionnel : aucune douleur, aucune dyspepsie post prandiale, pas d'assujetion à un régime alimentaire particulier,
- aucun accès fébrile suspect
- jamais d'ictère

2 - Bons résultats - 33 cas (16,5 p. cent)

Comme plus haut, l'opéré est totalement satisfait son état général est bon et il a repris un éventuel travail,

- cependant quelques troubles fonctionnels mineurs sont signalés, que l'on peut répartir en deux catégories :

. ou bien ils surviennent très rarement et de façon très passagère,

- ou bien ils ont durés un certain temps, puis ont complètement disparu de façon durable ce que permet de préciser un recul suffisant.

- Ces troubles mineurs sont variables dans leur nature :

- douleurs légères de l'hypocondre droit, qualifiés de pesanteur (21 cas),
- sensation de ballonnements ou de gêne épigastrique (19 cas)
- nausées ou vomissements très rares sans cause apparente (66 cas)

- Ces troubles, associés ou dissociés, sont 18 fois post prandiaux ailleurs sans rythme précis, on note de façon inconstante un certain inconfort lors du décubitus post prandial (cette notion est difficile à préciser chez la plupart des opérés).

- Fait important, ces troubles sont isolés :

  - ils ne se sont jamais accompagnés d'ictère ni de fièvre,

  - ils n'ont jamais entravé l'activité de l'opéré,

  - ils ont souvent totalement disparu grâce à quelques précautions hygiéno-diététiques (régime alimentaire de type "hépatique", station assise ou debout pendant les digestions) on peut attribuer ces troubles mineurs à un reflux alimentaire dans les voies biliaires, transitoire et sans stase.

En conclusion, ces bons résultats se rapprochent souvent des :

- très bons résultats, ce qui fait un total de 152 cas soit 76 p.cent de très bons et bons résultats.

L'observation 28 appelle quelques commentaires car nous l'avons rangée dans les bons résultats malgré une réintervention :

> ACD chez une femme de 71 ans pour lithiase cholédocienne avec boue biliaire et oddite.
> Les suites opératoires sont très simples : un contrôle radiologique est fait de principe le 11e jour, montrant un reflux baryté uniquement cholédocien, la malade sort le 14e jour ; l'opérée est revue 4 ans plus tard et va très bien.
> Cependant 2 ans après (soit 6 ans après l'intervention) surviennent des douleurs de l'hypocondre droit avec vomissements et accès fébriles à 38°, sans ictère, la malade est hospitalisée : le foie n'est pas palpable et les fonctions hépatiques sont normales (y compris la BSP), en cholangiographie la VBP apparaît normale mais sur les ,clichés du repas baryté il existe un reflux dans une VBP de calibre normal avec surtout une image lacunaire, ovalaire verticale, située juste au dessus de l'anastomose : on interprète cette image comme un dépot biliaire, peut-être un débris végétal.
> La malade est opérée à nouveau ".... duodénotomie longitudinale en regard de l'ACD, celle-ci est normale : l'exploration cholédocienne ne retire aucun corps étranger, l'ACD est souple et large. Fermeture du duodénum en un plan extra muqueux. L'aspect radiologique lacunaire du bas cholédoque semble être dû à une compression extrinsèque par un gros ganglion inflammatoire.." Il avait été noté en outre "... une lésion assez étendue, blanchâtre et irrégulière sur le lobe droit du foie..." qui avait été biopsiée : l'examen histologique (professeur Delarue) a montré qu'il s'agissait "très vraisemblablement d'une évolution des lésions subaiguës pour lesquelles la malade avait été opérée la première fois, le reste du parenchyme biopsié montrant une stéatose sans cirrhose".
> Les suites immédiates de cette réintervention furent très simples.
> Trois ans plus tard, soit 9 ans après l'ACD, le résultat est excellent la malade, agée de 80 ans, ne signale aucun trouble depuis la deuxième intervention, elle n'est pas fatiguée et est tout à fait satisfaite.

Ainsi malgré cette intervention (qui a montré une VBP libre et une ACD souple et large) la qualité du résultat à distance (9 ans) nous autorise à parler de "bon résultat".

3 - Résultats passables (9 cas - 4,5 p. cent)

Nous rapportons successivement ces 9 observations pour les commenter :

Observation 51 - Chez une femme de 51 ans, ACD pour pancréatite chronique accompagnant un gros calcul cholédocien résiduel, 5 ans après cholécystectomie. Il existait vraisemblablement une oddite résiduelle, responsable de cette pancréatite.
Les suites immédiates sont bonnes et la malade sort le 16e jour.
Cependant outre un cancer du sein opéré 1 an plus tard, surviennent des douleurs épigastriques par crises, conduisant à une réintervention : on constate une pancréatite chronique de stase liée à l'oddite résiduelle, pour laquelle une sphinctérotomie est faite
6 mois plus tard, des douleurs et la constatation d'une masse abdominale conduisent à une 3e intervention : il existe une nécrose pancréatique partielle qui est évacuée et drainée.
4 ans après cela, la malade ne présente plus aucun trouble.

Observation 55 - Chez un homme de 75 ans, fatigué, ACD de nécessité pour oddite scléreuse, serrée, accompagnant une cholécystite lithiasique. La VBP est dilatée mais non lithiasique.
Les suites immédiates sont simples (sortie le 18e jour)
Au bout de 3 ans, le malade est partiellement satisfait, les coliques hépatiques dont il souffrait avant l'intervention ont totalement disparus, il n'a jamais de fièvre ni de subictère, cependant il souffre de pesanteurs post prandiales assez fréquentes, qui sont soulagées par le latérocubitus droit d'une demi heure; au repas du soir, il ne prend qu'un "bouillon léger" et évite les graisses.

Observation 121 - Chez une femme de 57 ans, ACD de nécessité pour oddite avec pancréatite chronique de la tête et très gros cholédoque, accompagnant une lithiase vésiculaire et cholédocienne, la sphinctérotomie a été récusée en raison de la dilatation considérable de la VBP, et l'ACD était en tous cas nécessaire en raison de la pancréatite chronique qui comprimait le bas cholédoque.
Les suites opératoires sont marquées par un abcès de paroi, mais la sortie se fait au 20e jour.
Au bout de 5 ans et demi, la malade se trouve nettement améliorée, et se dit totalement satisfaite de l'intervention, cependant, quelques temps auparavant, elle a présenté une période de douleurs assez vives, de l'épigastre et de l'hypocondre droit, sans rythme post-prandial, il n'existait cependant aucune association fébrile ou ictérique et les t troubles ont régressé totalement.

Observation 135 - ACD de sécurité pour boue et calculs fragmentés chez un homme de 67 ans en assez mauvais état général (bronchitique chronique).
Les suites opératoires sont compliquées par la survenue d'un épanchement pleural qui a motivé le transfert dans un service de médecine.
Au bout de 3 ans, le malade est partiellement satisfait et se plaint de fatigue de douleurs post prandiales avec ballonnements ainsi que de vomissements assez rares, mais un an et demi après l'ACD, il a subi une gastrectomie subtotale type Polya pour cancer de la petite courbure sans envahissement ganglionnaire, ceci dans un autre service hospitalier.
Le résultat actuel de l'ACD est donc en vérité difficile à interpréter.

Observation 137 - ACD pour fistule cholédocoduodénale d'origine ulcéreuse chez un homme de 41 ans en très mauvais état général (observation rapportée pages 18 et 30).
Les suites opératoires sont simples.
Deux ans plus tard, l'opéré est partiellement satisfait, il a repris son travail de manoeuvre au bout de 6 mois et se trouve fatigué, il se plaint de douleurs épigastriques légères mais fréquentes, survenant n'importe quand mais plus volontiers après les repas, avec semble-t-il quelquefois des poussées fébriles mais jamais d'ictère ; il vomit rarement et ne suit pas de régime.

Observation 140 - ACD de nécessité pour pancréatite chronique céphalique accompagnant une lithiase vésiculaire, chez une femme de 64 ans amaigrie et asthénique.
Les suites opératoires sont marquées par un abcès de paroi et une asthénie assez importante (sortie le 30e jour).
Au bout de 2 ans et demi, la malade n'est pas satisfaite de son intervention : en vérité, elle se plaint plus d'une petite éventration que de douleurs de l'épigastre et de l'hypocondre droit, qui sont légères quoique fréquentes, sans rythme post prandial et isolées.

Observation 141 - Chez un homme de 33 ans éthylique, ACD et splénopancréatectomie corporéo-caudale pour pancréatite chronique primitive, diffuse, mais prédominant sur corps et queue (observation rapportée page 29).
Avec 2 ans de recul, le résultat d'ensemble est passable : il n'y a aucun signe de la série biliaire (pas d'ictère, pas de fièvre) mais les douleurs épigastriques, qui existaient avant l'intervention et qui avaient nettement diminué par la suite, sont réapparues par crises : en fait, il faut préciser que l'opéré présente des troubles psychiques et continue à boire.

Observation 178 - ACD de sécurité associée à une sphinctérotomie pour empierrement avec calculs intra hépatiques chez un homme de 42 ans (observation rapportée page 28).
Les suites opératoires sont simples (sortie le 15e jour).
Un an et demi plus tard, le malade va bien, mais a présenté quelques épisodes fébriles anictériques avec douleurs modérées, l'épreuve de la BSP était normale, les troubles ont régressé complètement sous traitement antibiotique.
Il semble que ces troubles soient en rapport avec la lithiase intra-hépatique qui était intra parenchymateuse et diffuse, l'ACD n'est donc pas directement en cause.

Observation 194 - - Cholécystectomie et ACD chez un homme de 30 ans porteur d'une lithiase vésiculaire et d'une pancréatite chronique diffuse (découverte opératoire).
Les suites opératoires sont d'abord bonnes mais au bout de 10 mois surviennent des douleurs épigastriques accompagnées de vomissements, sans fièvre ni ictère, le transit baryté montre un reflux baryté duodénocholédocien et surtout des calcifications qui se projettent dans l'aire de la tête pancréatique.
La réintervention est décidée : duodénopancréatectomie céphalique, au cours de laquelle on a pu vérifier la perméabilité de l'ACD.
1 an après cette 2e intervention, les suites sont bonnes.

Commentaires concernant ces 9 résultats passables :

Les résultats ne peuvent être imputés entièrement à l'ACD. Certes on ne peut éliminer un facteur de reflux dans la genèse des douleurs et de la gène post-prandiale. Les troubles mineurs et passagers signalés à propos des bons résultats peuvent être expliqués ainsi, sans certitude absolue d'ailleurs. Cependant, il n'existe même ici aucun autre signe de la série biliaire en faveur d'une stase ou d'un quelconque mauvais fonctionnement de l'ACD..

Dans un seul cas (observation 178) sont survenus des accès fébriles et modérément douloureux qui sont le fait d'une lithiase intra hépatique persistante et diffuse.

Dans l'observation 137, il est difficile de faire la part des séquelles liées d'une part à la vagotomie et à la gastroentérostomie, d'autre part à l'ACD

Dans l'observation 135, une gastrectomie type Polya pour cancer, faite un un an et demi après l'ACD, vient modifier les données.

Dans l'observation 55, l'ACD avait été faite pour oddite sous pancréatite, mais celle-ci a pu se développer secondairement.

Enfin dans 5 observations,il s'agissait de pancréatite chronique (1 forme primitive et 4 formes secondaires);nous mentionnons ces cas dans les résultats passables, mais ils pourraient être classés à part: dans ces 5 cas, il semble bien en effet que l'ACD ait rempli son unique rôle : la prévention des ennuis biliaires. Par contre, elle ne pouvait avoir d'influence sur l'évolution du processus de sclérose pancréatique et en pratique sur les phénomènes douloureux épigastriques.Dans 2 cas, la persistance et l'intensité de ces douleurs ont conduit à une réintervention qui a été une fois une sphinctérotomie de libération oddienne, une fois une duodénopancréatectomie céphalique. Il ne s'agit donc pas d'un mauvais résultat des ACD, mais d'une évolution défavorable de l'affection pancréatique.

4 - Mauvais résultat - 1 cas (0,5 p. cent)

Il s'agit d'une angiocholite, complication directe de l'ACD.

Observation 133 - Chez un homme de 57 ans, ACD pour angiocholite après sphinctérotomie oddienne.
L'intervention initiale faite 2 ans auparavant avait associé une cholécystectomie et une sphinctérotomie de 1,5 cm pour lithiase vésiculaire avec Oddite.
Dans les suites opératoires étaient apparues des douleurs tenaces et parfois violentes de ,la région lombaire et de l'hypocondre droit sans fièvre ni ictère, mais associées à des vomissements et un amaigrissement de 8 kg, l'épreuve de la BSP était normale et le repas

baryté montrait un reflux cholédocien par la sphinctérotomie, sans stockage duodénal.
A la 2e intervention décidée devant la persistance des douleurs, on découvre une voie biliaire, franchement dilatée, atone, avec hypotonie oddienne; il existe deux concrétions calculeuses du cholédoque, vraisemblablement formées sur des débris végétaux : on réalise une ACD latéro latérale de 1, cm de calibre, à bords parallèles.
Les suites immédiates sont troublées par un petit abcès de paroi mais la sortie se fait le 15 e jour.
Par la suite apparaît rapidement une douleur continue de l'hypocondre droit, irradiant en hémi-ceinture vers la fosse lombaire droite et à maximun post prandial, sur ce fond douloureux continu surviennent, environ une fois par semaine, des crises douloureuses à type de coliques hépatiques, qui paraissent déclenchées par un repas ou certains efforts; ces crises se terminent par des vomissements alimentaires puis bilieux qui soulagent le malade. Par contre il n'y a ni fièvre, ni ictère et l'examen de l'abdomen est normal. Les fonctions hépatiques ne sont pas perturbées (y compris la BSP) sur la cholangiographie il n'y a pas d'injection des voies biliaires mais un pneumocholédoque et sur le transit gastro-duodénal un reflux baryté dans la VBP sans image lacunaire.
Une 3e intervention est décidée "... cholangiographie après ponction du cholédoque objectivant des corps étrangers intra cholédociens. Section de l'ACD avec fermeture du duodénum en un plan extra muqueux. Le cholédoque contient de nombreux débris végétaux. Cholédoco-jéjunostomie latéro-latérale en un plan de 2 cm de long, sur une anse en Y de 60 cm précolique..."
Une hépatite post transfusionnelle survint au 3e mois puis les suites furent simples. Un an et demi après la cholédoco jéjunostomie, le résultat est très bon, tous les troubles ayant disparu.

Commentaires : Il s'agit donc ici d'un mauvais résultats, complication à distance de l'ACD. Cette angiocholite selon nous n'est pas liée au hasard ou à une faute de technique lors de la confection de l'ACD (celle-ci était bien perméable lors de la réintervention), mais à une mauvaise indication de l'ACD : l'hypotonie oddienne, l'atonie de la VBP auraient du en effet faire préférer d'emblée la dérivation sur une anse jéjunale en Y car le reflux de particules alimentaires dans une voie biliaire peut être dangereuse.

Nous reviendrons plus loin, lors de la discussion sur le problèmes des dérivations bilio-digestives dans les angiocholites après sphinctérotomie oddienne.

.....

C - <u>LES RESULTATS EN FONCTION DE L'INDICATION</u>

Le tableau X résume ces résultats, chaque type de résultat étant exprimé, en nombre de cas et en pourcentage, ce dernier étant rapporté au nombre de cas de l'indication considérée, afin de pouvoir établir quelques comparaisons. Une remarque s'impose cependant : la fréquence très inégale des diverses indications, leurs associations possibles, le fait que dans certaines indications rares, le nombre de cas perdus de vue ait été relativement élevé, font que la

comparaison des divers résultats doit être interprétée et nuancée. Quelques notions apparaissent néanmoins lorsque l'on met en parallèle les pourcentages relatifs à certaines indications et les pourcentages globaux du tableau IX :

200 c as	Nombre de cas	% rapporté aux 200 cas
T B	119	59,5
B	33	16,5
Pas	9	4,5
M	1	0,5
Décès	13	6,5
Perdus de vue	25	12,5

Tableau IX - Résultats lointains des 200 ACD

C'est dans les pancréatites chroniques que la fréquence des résultats passables est la plus élevée : nous avons commenté ce fait plus haut. Encore faut-il noter que les sujets décédés et perdus de vue étant rares dans cette série (4 cas en tout), le pourcentage de très bons et bons résultats reste comparable à la moyenne générale.

Dans les oddites, les pourcentages diffèrent peu de la moyenne.

Dans les sténoses du bas cholédoque sans étiologie précise, il y a 100 pour cent de très bons résultats : malgré la rareté de cette indication (5 cas), la qualité des résultats doit être soulignée car elle confirme ce fait que l'on peut attendre de l'ACD un effet d'autant plus favorable que le pancréas est indemne.

Dans les empierrements de la VBP les résultats sont comparables à la moyenne globale, de même que lors des indications pour fragments calculeux, calculins et boue biliaire.

Les résultats après ACD pour calculs intra hépatiques sont malheureusement difficilement interprétable car sur 10 cas, 2 sont décédés et 4 ont été perdus de vue (soit 60 pour cent des cas).

Les ACD faites pour radiomanométrie douteuse ont une forte proportion de très bons résultats et aucun résultat passable, cette constatation est intéressante car certains auteurs considèrent cette indication comme "limite".

200 cas 334 indications	TB	B	Pas	M	Décès	Perdu de vue
Pancréatite chronique primitive (4)	2=50%	1=25%	1=25%	0	0	0
secondaire (30)	17=56,6%	5=16,6%	4=13,3%	0	0	4=13,3%
Pancréatite aiguë nécrosante (1)	1=100%	0	0	0	0	0
Oddites (28)	16=57,1%	5	2=7,1%	0	1=3,5%	4=14,2%
Sténose du bas cholédoque sans étiologie précise (5)	5=100%	0	0	0	0	0
Lésions de la paroi biliaire (4)	1=25%	1=25%	1=25%	0	0	1=25%
Empierrement de la VBP (28)	16=57,1%	5=17,8%	1=3,5%	0	2=7,1%	4=14;2%
Calculs fragmentés calculins boue biliaire (56)	31=57,1%	16=28,5%	1=1,7%	0	3=5,3%	5=8,9%
Calculs intra-hépatiques (10)	2=20%	1=10%	1=10%	0	2=20%	4=40%
Calculs résiduels après plusieurs interv. (3)	1=33%	1=33%	0	0	0	1=33%
Pancréatite aiguë oedémateuse (2)	1=50%	0	0	0	1=50%	0
RMB douteuse (31)	21=67,7%	3=9,6%	0	0	4=12,9%	3=9,6%
Absence de RMB (23)	9=39,1%	7=30,4%	0	0	4=17,3%	3=13%
Triade"gros cholédoc." + rétent bili.+ terrain fragile" (82)	44=53,6%	13=15,8%	2=2,4%	0	11=13,4%	12=14,6%
Angiocholite aigue + pus (12)	4=33,3%	2=16,6%	0	0	2=16,6%	4=33,3%
Angiocholite urémigène (4)	2=50%	1=25%	0	0	1=25%	0
T.gros choledoc.sans rétention (2)	2=100%	0	0	0	0	0
Gros choled.hypotonique (1)	1=100%	0	0	0	0	0
Synd.post sphinc.(8)	5=62,5%	2=25%	0	1=12,5%	0	0

Tableau X - Les résultats en fonction de l'indication - Dans chaque case, le premier chiffre exprime le nombre de cas pour le résultat correspondant le 2e chiffre traduit ce chiffre en % rapporté au nombre de cas de l'indication étudiée Cette disposition sera retrouvée dans les tableaux suivants.

Dans les cas d'absence de radiomanométrie, la fréquence des très bons résultats est moindre au profit des bons résultats et des décès précoces, ce qui n'étonne pas puisqu'il s'agissait le plus souvent d'opérés très fragiles.

Les ACD faites pour la triade "gros cholédoque - rétention biliaire et terrain fragile" ont, hormis les décès précoces, des résultats favorables avec une faible proportion de résultats passables et aucun mauvais résultat.

Après angiocholite aiguë, les résultats sont très bon et bons dans la moitié des cas, l'autre moitié comportant 2 décès et 4 opérés perdus de vue.

Parmi les 4 cas d'angiocholite urémigène, 1 s'est soldé par un décès immédiat, le résultat étant très bon dans 2 cas et bon dans 1 cas, ce qui fait une forte proportion de résultats favorables compte tenu de la gravité de l'affection initiale.

Dans les ACD pour très gros cholédoque sous rétention biliaire et les cholédoques hypotoniques, les résultats sont très bons, il n'en reste pas moins que cette dernière indication n'est pas très souhaitable à notre sens et nous y reviendrons au cours de la discussion.

Il en est de même dans les ACD pour syndrome post sphinctérotomie, qui comportent une forte proportion de bons résultats mais également un mauvais résultat (angiocholite) qui est le seul de notre série de 200 cas.

Ð - ETUDE DES RESULTATS EN FONCTION DE QUELQUES PARAMETRES

En dehors de l'indication, plusieurs éléments ont pu contribuer au résultat final. Nous allons donc envisager les résultats en fonction de ces divers éléments, non sans avoir à nouveau formulé la restriction faite plus haut, concernant la répartition inégale des cas et les interactions possibles des divers éléments entre eux, aboutissant au résultat final.

1 - Résultats en fonction de l'âge des opérés :

Age des opérés 200 cas	TB	B	Pas	M	Décès	Perdus de vue
30 à 50 ans (20)	10=50%	4=20%	4=20%	0	0	2=10%
50 à 70 ans (85)	54=63,5%	16=18,8%	4=4,7%	1=1,1%	3=3,5%	7=8,2%
70 à 96 ans (95)	55=57,8%	13=13,7%	1=1,05%	0	10=10,5%	16=16,8%

Tableau XI - Résultats en fonction de l'âge

L'influence de l'âge n'apparaît pas décisive. On peut noter que les résultats passables sont plus fréquents chez les sujets relativement jeunes (4 cas soit 20 pour cent); mais il est essentiel de préciser que 3 parmi ces 4 cas étaient des pancréatites chroniques.

Les décès post opératoires immédiats sont plus fréquents après 70 ans (10,5 pour cent des décès) : il s'agissait, comme on l'a déjà vu de sujets qui à l'exception d'un seul étaient également en très mauvais état général avant l'intervention.

2 - Résultats en fonction de l'état général pré-opératoire :

Etat général - 200 cas	TB	B	Pas	M	Décès	Perdus de vue
Bon (55)	34=61,8%	12=21,8%	3=5,4%	0	1=1,8%	5=9,1%
Moyen (104)	72=69,2%	12=11,5%	5=4,8%	1=0,9%	0	14=13,4%
Mauvais (41)	13=31,7%	9=21.9%	1=2,4%	0	12=29,2%	6=14,6%

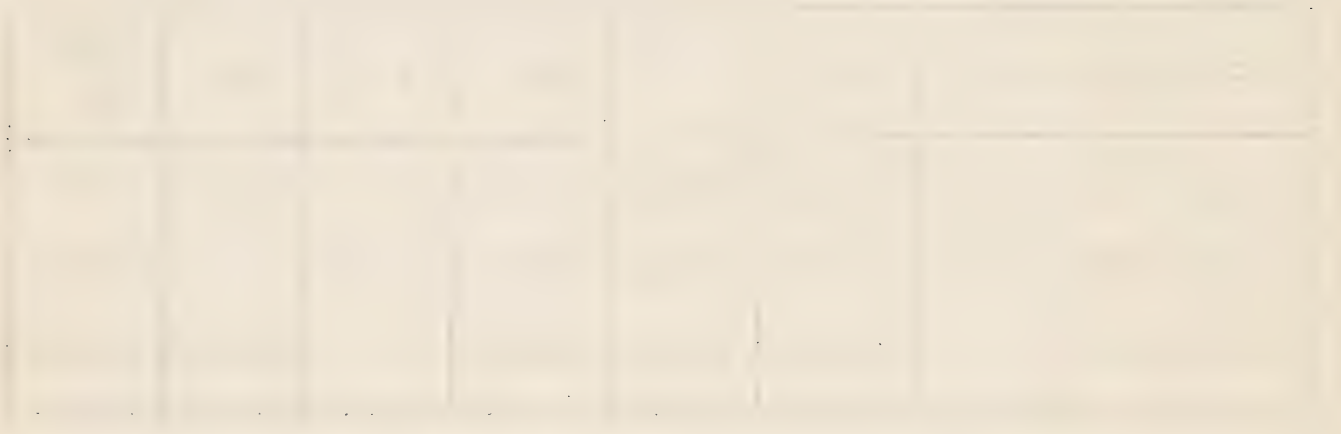
Tableau XII - Résultats en fonction de l'état général.

En cas d'état général bon ou moyen, les résultats sont semblables dans l'ensemble.

Chez les sujets en mauvais état général, porteurs d'une tare, la proportion de très bons résultats est plus faible, mais ceci au profit non pas des résultats passables qui sont rares (1 cas soit 2,4 pour cent) mais des décès post opératoires (29,2 pour cent);on a vu en effet que 12 décès sur 13 étaient survenus chez des sujets en très mauvais état général : autrement dit, chez les sujets en mauvais état général, il existe un risque vital immédiat (qui d'ailleurs n'est pas en rapport avec l'ACD elle même mais avec l'intervention), par contre, lorsqu'il n'y a pas eu de décès, le résultat final est dans l'ensemble très favorable.

3 - Résultats en cas d'intervention primitive ou secondaire :

Le résultat final n'a pas été modifié selon que l'intervention ait été primitive ou secondaire. Les différences notées en particulier pour les résultats passables et les décès précoces ne sont pas en rapport avec ce critère.



200 ccas	TB	B	Pas	M	Décès	Perdus de vue
Intervention primitive (163)	98=60,1%	24=14,7%	6=3,7%	0	12=7,4%	23=14,1%
Intervention secondaire (37)	21=56,7%	9=24,3%	3=8,1%	1=2,7%	1=2,7%	2=5,4%

Tableau XIII - Résultats en cas d'intervention primitive ou secondaire.

Si l'on admet que les réinterventions sont souvent plus complexes que les interventions primitives, on peut en déduire que l'ACD n'est pas un facteur agravant.

Il faut noter toutefois qu'il n'y a pas dans cette série d'ACD pour lésions traumatiques de la VBP, dont le traitement s'adresse essentiellement à l'anastomose bilio-jéjunale sur anse montée en Y.

4 - Résultats en fonction du calibre de la VBP

Calibre de la VBP 200 cas	TB	B	Pas	M	Décès	Perdus de vue
Non ou à peine dilaté (19)	7=36,8%	4=26,3%	3=15,8%	0	4=26,3%	1=5,2%
Dilatation modérée (35)	25=71,4%	5=14,2%	0	0	0	5=14,2%
Dilatation importante (146)	87=59,5%	24=16,4%	6=4,1%	1=0,6%	9=6,1%	19= 13%

Tableau XIV - Résultats en fonction du calibre de la VBP

Les meilleurs résultats se rencontrent chez les opérés à voie biliaire modérément dilatée (0,8 à 1,5 cm) : dans cette catégorie de 35 cas, il n'y a en effet aucun décès et aucun résultat passable, ni mauvais ; peut être ne s'agit-il pas d'une simple coincidence, la dilatation modérée traduisant peut être le caractère relativement récent de l'affection biliaire donc un retentissement hépatique faible ou nul et des parois biliaires encore toniques; cette dilatation était par ailleurs suffisante pour permettre une ACD facile.

Dans les dilatations importantes (supérieures à 1,5 cm), les résultats sont comparables à la moyenne globale ce qui est normal puisque ce sont les cas les plus fréquents (146 cas).

Enfin, dans les 19 cas à dilatation faible ou nulle (6 à 8 mm), les très bons résultats sont moins nombreux, au profit des résultats bons et passables; ces 3 résultats passables ne paraissent en fait pas en rapport avec le faible calibre de la voie biliaire. Enfin, les 4 décès de ce groupe sont tous survenus chez des sujets en très mauvais état général.

On peut donc conclure en affirmant que pour réaliser une ACD, il est préférable que la VBP soit dilatée, sans que cette dilatation soit nécessairement considérable.

5 - Résultats selon la technique de l'ACD :

Technique de l'ACD 200 cas	TB	B	Pas	M	Décès	Perdus de vue
SIEGE - cholédo.duod.185	115=62,1	29=15,6%	9=4,8%	1=0,5%	12=6,4%	19=10,2%
Hépatic.duod. 15	4=26,6%	4=26,6%	0	0	1=6,6%	6=40%
TYPE Latéro-lat.198	119	33	9	1	12	24
~~ter~~mkno-latér (2)	0	0	0	0	1	1
BORDS parallèles(162)	94=58%	30=18,5%	6=3,7%	1=0,6%	11=6,7%	22=13,5%
Perpendicul. (36)	25=69,4%	3=8,3%	3=8,3%	0	2=5,5%	3=8,3%
PLANS - 1 plan (144)	82=58,9%	25=17,2%	7=4,8%	1=0,7%	10=6,9%	19=13,2%
2 plans (56)	37=66%	8=14,2%	2=3,5%	0	3=5,3%	6=10,7%
TAILLE - inf à 1,5 (2)	0	0	0	0	1	1
1,5 à 2 cm (160)	99=61,8%	23=14,3%	8=5%	1=0,6%	9=5,6%	20=12,5%
2 cm ou plus (38)	20=52,6%	10=26,3%	1=2,6%	0	3=7,8%	4=10,4%

Tableau XV - Résultats selon la technique de l'ACD

Comme nous l'avons vu, plus de trois quarts des anastomoses ont été cholédoco duodénales, latéro-latérales, à bords parallèles, en un plan et de 1,5 à 2 cm de calibre. La comparaison des résultats en fonction de la technique de l'ACD ne permet donc pas de conclure de façon significative :

- pour ce qui est du siège de l'anastomose sur la VBP, 40 pour cent des anastomoses sur le canal hépatique ont été perdues de vue; si on exclue ces cas perdus de vue, les résultats sont généralement bons ou très bons, mais non significatifs car le nombre de cas restant est faible.

- en ce qui concerne le type, il n'y a que deux anastomoses termino-latérales, dont l'une a comporté un décès et l'autre a été perdue de vue : les pourcentages n'ont donc pas été calculés pour le type de l'anastomose : les résultats du procédé latéro-latéral, utilisé dans 99 pour cent des cas, se superposent à la moyenne globale.

- la direction des incisions aboutissant à des anastomoses à bords parallèles ou perpendiculaires, ne paraît pas avoir d'influence sur les résultats.

- le nombre de plans paraît également sans influence particulière.

- enfin, en ce qui concerne le calibre de la bouche anastomotique :

- deux anastomoses seulement avaient un calibre inférieur à 1,5 cm l'une a été perdue de vue, l'autre a été suivie de décès,

- la taille de 1,5 à 2 cm ou plus n'a pas une influence décisive.

La technique de l'ACD a donc eu peu d'influence sur le résultat final, dans la mesure où elle a été le plus souvent identique, modifiée ,quelquefois en fonction de conditions locales qui elles, ont peut être eu une influence (par exemple, anastomose sur le canal hépatique en cas de dissection difficile du bas-cholédoque, anastomose à bords perpendiculaires en cas de VBP modérément dilatée).

Surtout les deux grands types qui sont l'anastomose latéro-latérale et l'anastomose termino-latérale ne peuvent être comparés dans notre série puisque le deuxième type n'a été réalisé que deux fois et que les suites n'ont pu en être jugées.

oOo

DEUXIEME PARTIE - DISCUSSION

D I S C U S S I O N

Nous appuyant sur l'expérience de ces 200 observations, nous voudrions maintenant préciser d'une façon plus générale notre conception actuelle de l'ACD., c'est-à-dire sa place en chirurgie biliaire et pancréatique, comparée à celle des autres techniques (drainage de Kehr, sphinctérotomie oddienne, anastomose bilio-jéjunale sur anse montée en Y).

oOo

I - LES INDICATIONS DES ACD

Avant de préciser les indications, nous devons donner notre point de vue sur deux facteurs diversement appréciés : l'âge des opérés et le calibre de la VBP :

1 - L'age des opérés :

Pour de nombreux auteurs, l'âge relativement jeune (avant 50 voire 60 ans) est un élément de choix décisif entre l'ACD qu'il rejettent et l'anastomose sur anse jéjunale en Y qu'ils préfèrent.

Notre conception est plus éclectique : l'âge peu avancé intervient peu dans le choix, dès l'instant ou il n'existe pas d'autre raison de préférer l'anastomose sur anse jéjunale.

Nous estimons en effet que si la technique est correcte, l'ACD restera fonctionnelle aussi longtemps que l'anastomose bilio-jéjunale : d'autre part, il est acquis que le reflux dans les ACD n'est pas nocif à condition qu'il ne s'accompagne pas de stase.

Nous verrons au cours de la discussion quels sont les cas de lésions biliaires qui à notre avis rélèvent plus de l'anastomose bilio-jéjunale que de l'ACD; en dehors de ces cas, nous pensons que même chez un sujet relativement jeune, il est logique de préférer l'ACD qui est de réalisation plus simple. Ceci est évidemment encore plus valable chez le sujet âgé.

2 - Le calibre de la VBP :

Il est souhaitable que la VBP soit dilatée car cela facilite la confection de l'ACD et assure sa perméabilité : c'est le cas le plus fréquent.

Mais une voie biliaire à peine dilatée, voire normale, n'est pas une contrindication absolue à l'ACD, si celle-ci est par ailleurs justifiée par un motif précis : par exemple angiocholite aiguë chez un sujet âgé.

Nos indications d'ACD se répartissent comme nous l'avons vu en indications de nécessité, de sécurité et de principe. Nous allons à propos de chaque indication motiver notre choix et discuter éventuellement les autres procédés.

A - LES INDICATIONS DE NECESSITE

Elles concernent les cas où a été laissé en place un obstacle plus ou moins complet sur la VBP.

1 - Les pancréatites chroniques :

Les indications chirurgicales dans les pancréatites chroniques sont parfois très difficile à porter, et ce n'est pas le lieu ici de s'y étendre.

Les formes essentiellement douloureuses et en apparence primitives, survenant chez un sujet encore assez résistant, et atteignant la tête ou la totalité de la glande, ne nous intéressent pas ici : en effet, lorsqu'après échec du traitement médical on intervient, la tendance actuelle à laquelle nous souscrivons est d'étendre les indications d'exérèse pancréatique d'emblée (duodéno-pancréatectomie céphalique, voire pancréatectomie subtotale).

Il demeure de nombreuses formes où la dérivation bilio-digestive trouve sa place :

1er cas : la forme précédente survenant chez un sujet trop agé ou fragile, pour supporter une exérèse : la dérivation biliaire est faite dans un but palliatif et elle trouve d'autant plus son indication qu'il existe un ictère avec une sténose du bas cholédoque sur la radiomanométrie. Selon les cas il sera associé une splan-λ chnicectomie gauche, une gastro-entérostomie, voire une wirsungo jénunostomie.

2e cas : certaines formes primitives rares prédominent nettement sur corps et queue du pancréas : il sera fait une pancréatectomie gauche associée à une dérivation biliaire puisqu'on laisse en place une tête douteuse.

3e cas : la pancréatite chronique est secondaire à une affection biliaire celle-ci peut d'ailleurs dominer le tableau clinique et la pancréatite chronique est une découverte opératoire, ceci est fréquent : il existe alors plusieurs types de lésions :

- nous excluons tout d'abord la simple coulée para cholédocienne de la pancréatite satellite et qui en principe doit régresser avec le traitement de la lithiase cholédocienne.

- il peut s'agir d'une pancréatite de la tête qui est dure et augmentée de volume dans son ensemble et qui entraîne une sténose cholédocienne intra-pancréatique plus ou moins étendue : il n'est pas certain du tout que cette lésion régresse avec la simple ablation des calculs biliaires, et la dérivation biliaire est une nécessité.

- Enfin il peut s'agir d'une pancréatite diffuse de stase, secondaire à à un obstacle ampullaire (oddite ou calcul vatérien). Le canal de Wirsung est volontiers dilaté (objectivé par reflux lors de la RMB, voire par wirsungographie).

• la sphinctérotomie pour extraction d'un éventuel calcul bas situé et surtout pour libération du canal de Wirsung est impérative. On ne saurait y renoncer que si l'état général est très précaire et lorsqu'on est certain que l'obstacle oddien n'est pas un calcul de l'ampoule de Vater; la dérivation biliaire isolée est alors ici un pis-aller car elle ne réduit pas la stase pancréatique.

• par contre, associée à la sphinctérotomie, l'ACD trouve son indication chaque fois qu'il existe une sténose cholédocienne intra pancréatique; en effet, si la sphinctérotomie fait céder la stase pancréatique, il n'est pas du tout acquis qu'elle fasse régresser la sclérose qui comprime le cholédoque.

En résumé, chaque fois qu'on laisse en place une lésion de pancréatite chronique céphalique comprimant le canal cholédoque, une dérivation bilio-digestive est nécessaire : le problème dès lors est le choix : entre ACD et hépatico-jéjunostomie. L'âge de l'opéré intervient certainement dans ce choix, mais associé à d'autres considérations :

- si la pancréatite secondaire à une affection biliaire est de découverte opératoire, si le cholédoque sus duodénal est sain et large, il nous paraît plus simple de faire une ACD, même chez un sujet relativement jeune, car même si les lésions de pancréatite ne régressent pas, il est peu probable qu'elle évoluent.

- si au contraire la pancréatite apparaît primitive ou s'il existe un important facteur inflammatoire avec un cholédoque sus duodénal d'abord difficile ou non dilaté, il est plus logique d'ouvrir la VBP beaucoup plus près du hile hépatique et de faire une hépatico-jéjunostomie termino-latérale sur anse montée en Y, qui peut empiéter sur le canal hépatique gauche. D'autre part, cette longue anse jéjunale pourra servir ultérieurement, si l'on réintervient pour réaliser une duodéno-pancréatectomie céphalique. Cependant si le sujet est âgé ou fragile, on préférera là encore une anastomose bilio-duodénale, mais en la faisant porter sur le canal hépatique plutôt que sur le cholédoque.

2 - <u>Les oddites</u> :

Nous excluons les oddites spasmodiques réversibles sous aminophylline intraveineuse ou nitrite d'amyle, pour ne retenir que les oddites scléreuses.

a) - Lorsque le terrain et les conditions locales s'y prêtent, nous préférons la sphinctérotomie qui est le geste le plus logique.

b) - Lorsque le terrain est défavorable (opéré âgé, fragile), ou les conditions locales difficiles (opéré obèse "profond") nous pensons que la sphinctérotomie devient plus dangereuse et nous lui préférons l'ACD, en sachant que celle-

ci est alors un geste incomplet, surtout si, comme nous l'avons vu, il s'associe une pancréatite diffuse de stase. Nous nous méfions également des sphinctérotomies lorsque la VBP est très dilatée car le risque d'angiocholite est grand, l'atonie résiduelle étant fréquente.

c) - Enfin, troisième éventualité, l'oddite ayant été traitée par sphinctérotomie, on peut être amené à y associer une ACD s'il existe une sténose étendue du cholédoque, intra pancréatique, ou encore un empierrement massif dans une VBP très dilatée avec des calculs intra hépatiques, car le drainage assuré par la sphinctérotomie isolée nous paraît insuffisant.

3 - Les sténoses du bas cholédoque sans étiologie précise :

Il arrive que l'on trouve sur les clichés de la RMB une sténose nette assez étendue du bas cholédoque, avec VBP sus jacente dilatée, et passager nuls ou minimes en hyperpression, sans aspect évocateur d'oddite ni pancréatite palpable.

L'étiologie de ces sténoses assez rares demeure incertaine. Il peut s'agir d'une cholédocite dont l'avenir est incertain. Quoi qu'il en soit, la netteté de la sténose ,et la dilatation sus jacente de la VBP imposent une ACD.

4 - Fistules cholédoco-duodénales et sclérose péri cholédocienne d'origine ulcéreuse :

Si le moignon duodénal est assez long après gastrectomie, l'ACD est tout à fait possible sinon il faut lui préférer l'hépatico-jéjunostomie.

A ce propos, une remarque doit être faite, concernant les sujets préalablement gastrectomisés selon le procédé de Finsterer ou de Polya : si chez de tels patients, une anastomose biliodigestive est décidée pour une raison quelconque, on préférera l ACD afin de ne pas priver l'anastomose gastro jéjunale de son flux biliaire : une hépatico-jéjunostomie, nécessiterait une duodéno jéjunostomie latéro-latérale complémentaire afin d'écarter le risque d'ulcère peptique (Hepp).

5 - Remarques et contrindications :

a) - L'obstacle laissé en place sur le bas cholédoque ne doit en aucun cas être un calcul de l'ampoule de Vater, qu'il faut à tous prix enlever : nous en avons fait une expérience malheureuse (pancréatite hémorragique post opératoire mortelle le premier jour...

b) - Dans les malformations congénitales, kystes de la VBP, dans les lésions post traumatiques récentes ou anciennes, une dérivation bilio-digestive est nécessaire mais l'ACD n'a pas sa place ici : le traitement est l'hépato-jéjunostomie sur anse en Y.

B - LES INDICATIONS DE SECURITE

Elles répondent aux cas où l'on ne peut affirmer de façon absolue que la VBP est intègre ou va le rester, malgré les contrôles instrumentaux ou radiomanométriques, ou encore en l'absence de ceux-ci.

1 - La lithiase de la VBP :

a) - La lithiase uni ou paucicalculeuse, faite de calculs de grosse taille, n'est pas une indication à l'ACD, sauf si bien sûr elle est justifiée, par un obstacle oddion ou pancréatique associé, ou encore si la VBP est très dilatée et le sujet âgé : c'est alors une indication de principe que nous verrons plus loin.

b) L' Empierrement de la VBP, les calculs fragmentés, la présence de calculins minuscules, le sable, la boue biliaire, sont pour nous une indication de sécurité de l'ACD, même si l'ACD est modérément dilatée. En effet, du fait de la multiplicité ou de la taille infime des calculs, on a pu, même après lavage soigneux de la VBP du sérum, laisser en place un fragment lithiasique à l'origine de récidive (qui sera en vérité une lithiase résiduelle).

c) - Les calculs intra hépatiques :

Cette entité mérite d'être isolée :

- la lithiase intra hépatique proprement dite exclue celle des branches d'origine droite ou gauche de la VBP, isolée ou plus souvent associée à une lithiase extra hépatique, elle peut être localisée à un territoire hépatique justifiant une exérèse réglée. Cet aspect ne nous concerne pas ici, encore qu'une dérivation bilio-digestive associée soit tout indiquée.

- sur un plan plus chirurgical, on peut étendre comme le fait Couinaud la notion de lithiase intra hépatique à tous les calculs qui siègent depuis les petits canaux biliaires jusqu'au confluent d'origine de la VBP.

Nous n'entrerons pas ici dans les discussions entre lithiase autonome et lithiase secondaire à une lithiase extra hépatique (vésiculaire).

- En pratique pour nous, le problème est la constatation lors de la RMB per opératoire, de petits calculs situés dans l'un ou l'autre des canaux hépatiques d'origine. En effet quel que soit leur type et leur origine, leur extraction sera difficile même si l'on utilise la technique d'abaissement de la plaque hilaire. Surtout cette ablation risque plus que partout ailleurs d'être incomplète. Si en outre il s'agit effectivement d'une lithiase autonome, la récidive sera probable. Il importe donc d'assurer un large drainage, par dérivation bilio-digestive :

- notre préférence va à l'hépaticotomie haute, suivie d'hépatico-jéjunostomie termino-latérale sur anse en Y car elle peut être montée très haut, sur le hile,

- mais lorsque l'âge ou l'état général incitent à abréger l'intervention, l'ACD demeure une très bonne solution de sécurité.

d) - Les calculs récidivés ou résiduels :

Nous pensons qu'ils sont plus souvent résiduels que récidivés. Quoiqu'il en soit, ils ne constituent pas en eux mêmes une indication à l'ACD, dès l'instant où il s'agit de calculs banaux sans autre anomalie associée.

Cependant s'il s'agit d'une troisième intervention biliaire, il nous paraît justifiée de faire une ACD de sécurité, surtout si l'on sait que les interventions précédentes avaient été faites correctement avec RMB.

2 - Les pancréatites aiguës oedémateuses ou hémorragiques :

Nous sommes partisans de l'intervention d'urgence car dans 25 pour cent des cas il existe un obstacle définitif sur la terminaison du canal de Wirsung (calcul enclavé plus souvent qu'oddite) qui est responsable de la pancréatite aiguë et dont la levée avant la 6e heure peut arrêter l'évolution des lésions.

Notre attitude schématique lors de l'intervention est la suivante :

- en l'absence de lithiase biliaire, on fait une simple cholécystostomie.

- en cas de lithiase vésiculaire simple, on fera selon les cas au mieux une cholécystectomie après controle radiomanométrique par le canal cystique, ou pire une cholécystostomie après contrôle radiologique par la vésicule montrant la liberté du bas cholédoque.

- en cas de lithiase de la VBP avec liberté de la région oddienne :

- si le calibre de la VBP est normal, sur toute son etendue, et la lithiase banale, le drainage de Kehr est suffisant,

- s'il existe une sténose un peu serrée du cholédoque intra-pancréatique avec une VBP ,dilatée au dessus s'il s'agit d'une lithiase à petits calculs, il faut savoir élargir les indications de l'ACD qui prolonge peu l'intervention.

- mais s'il existe un obstacle oddien, l'ACD est à elle seule inopérante : la sphinctérotomie s'impose alors pour extraire un calcul enclavé ou libérer le canal de Wirsung. L'ACD complémentaire pourrait alors être associée s'il existait une anomalie particulière (énorme dilatation de la VBP, calculs intrahépatiques).

En résumé, l'ACD de sécurité est donc indiquée dans les interventions faites en urgence pour pancréatite aiguë lorsqu'il existe une lithiase cholédocienne avec VBP dilatée, au dessus d'une sténose, ou une lithiase multiple, après s être assuré de la liberté de la région oddienne.

3 - Les cas de radiomanométrie incertaine :

Il arrive qu'au terme d'une RMB per opératoire on ait une impression d'incertitude : par exemple, pression de passage élevée sans aspect d'oddite, sans pancréatite, sans sténose du bas-cholédoque, ou au contraire, bas cholédoque irrégulier sur un trajet plus ou moins long, tandis que les passages duodénaux sont normaux.

Dans ces cas, si la VBP est dilatée, plutôt que de placer un simple drain transcystique s'il n'y a pas de lithiase cholédocienne ou un drain de Kehr s'il en existe une, il nous paraît plus prudent de terminer l'intervention par une ACD de sécurité.

Cette attitude peut paraître abusive à certains qui considèrent que ces aspects sont en rapport avec des anomalies réversibles; nous pensons que ceci n'est pas certain et que la confection d'une ACD, geste rapide et facile sur une VBP dilatée, met à l'abri de désagréables surprises. Nous avons vu en analysant les résultats que nous n'avions pas à regretter cette indication d'ACD.

4 - Absence de radiomanométrie per-opératoire :

Il arrive que l'on doive renoncer à la RMB pour 3 ordres de raisons :

- raison technique : le canal cystique n'est pas perméable, ou la région cystique indisséable c'est en vérité un motif rare car on peut faire la RMB après ponction du cholédoque si l'on a une raison de penser que la VBP est pathologique,

- panne d'appareillage,

- refus de principe chez un sujet en très mauvais état général chez lequel on désire terminer rapidement l'intervention.

Cette abstention, qui doit rester très rare, est en vérité souvent décidée justement parce que l'on a prévu de terminer l'intervention par une ACD; nous reviendrons sur cette attitude aux indications de principe.

Quoi qu'il en soit, l'absence de RMB donc d'exploration complète laisse planer un doute sur l'état des voies biliaires intra hépatiques, du bas cholédoque et de la région oddienne, surtout si les images cholangiographiques

préopératoires ne sont pas parfaites : il est alors prudent de terminer l'intervention par une ACD de sécurité, surtout si la VBP apparaît cliniquement dilatée.

C - LES INDICATIONS DE PRINCIPE

Elles répondent aux cas où indépendamment de tout obstacle et de toute incertitude sur la vacuité de la VBP, on choisit de terminer l'intervention par ce mode de drainage qui paraît le plus approprié.

1 - La triade "gros cholédoque - rétention biliaire - terrain fragile" :

C'est l'indication de principe typique d'une ACD :

- la VBP est estimée élargie au dela de 6 à 8 millimètres, comme nous l'avons vu, elle atteint souvent 2 centimètres et quelquefois 3 voire 4 cm

- L'ictère pré opératoire, de type rétentionnel est parfois absent ou discret mais la rétention biliaire apparaît sur les épreuves biologiques en particulier une augmentation des phosphatases alcalines et l'apparition d'une 2e pente tendant vers l'horizontale à l'épreuve prolongée à la BSP .

- enfin la notion de terrain fragile est appréciée en fonction de l'âge et de l'état général, on étant plus exigeant lorsque l'ACD est mis en balance avec une autre technique plus lourde de conséquences (sphinctérotomie pour oddite par exemple).

En présence d'une telle triade, l'indication de l'ACD est posée de principe, c'est-à-dire qu'elle est décidée indépendamment de la cause exacte de la rétention biliaire. Dans de tels cas, l'ACD est d'ailleurs sinon décidée, du moins souvent prévue avant l'intervention.

Il semble en effet que chez ces sujets fragiles, porteurs d'une VBP dilatée et stasique, le meilleur mode de drainage soit l'ACD, surtout si l'on a ouvert cette voie biliaire pour en retirer des calculs fussent-ils banaux, ou simplement pour l'explorer.

L'ACD est alors préférée au drainage de Kehr même si l'on est certain de l'absence d'obstacle résiduel car elle draine mieux la VBP et est mieux supportée, n'entraînant pas de déperdition biliaire donc électrolytique, préjudiciable chez ces opérés fragiles, enfin sa confection est à peine plus longue qque la mise en place du drain de Kehr.

Qui plus est, l'ACD choisie de principe permet chez les malades particulièrement fatigués, pour lesquels il faut abréger l'intervention, de se pas

ser de RMB : il faut savoir cependant ne pas abuser de cette attitude et condamner formellement le rejet systématique de la RMB, dès que la décision de l'ACD a été prise : cette attitude, répétons-le n'est concevable que chez les sujets très fragiles. L'ACD ne doit pas être une solution de facilité, même si dans certains cas elle est une solution de sauvetage.

2 - Les angiocholites aiguës :

Les accès d'angiocholite aiguë pré opératoire avec hémoculture positive sont une excellente indication de principe de l'ACD, même si la VBP n'est que modérément dilatée (ce qui est rare) :

- l'ACD draine mieux cette VBP infectée que le drain de Kehr,

- elle est de confection beaucoup plus rapide que l'anastomose bilio-jéjunale chez ces opérés le plus souvent fragiles, même lorsqu'ils sont jeunes.

3 - L'angiocholite urémigène :

La gravité extreme de la situation pousse certains auteurs à faire le minimum (cholécystostomie ou simple drainage de Kehr).

Nous estimons qu'il est préférable de faire d'emblée une ACD qui draine mieux et réalise une intervention plus complète, quitte à se passer de RMB.

Le problème est surtout celui du moment de l'intervention par rapport aux séances d'épuration extra rénale.

4 - Cas particuliers et contrindications :

a) - Les très gros cholédoques sans signe de rétention biliaire et sans obstacle bas-situé :

Cette situation se rencontre assez rarement, et elle constitue pour nous une indication "limite" de l'ACD :

- si l'on a été amené à faire une cholédocotomie pour retirer un ou plusieurs calculs banaux, on pourra préférer l'anastomose au drainage de Kehr, surtout si l'opéré est âgé.

- par contre s'il n'y a pas eu de cholédocotomie, l'ACD n'est pas indiquée, dans la mesure répétons le où le bas cholédoque est normal (radiologie et manométrie).

b) - Les gros cholédoques hypotoniques :

Ils ne sont plus pour nous une indication de l'ACD, en effet :

- s'il s'agit vraiment d'une dilatation isolée de la VBP, avec hypotonie oddienne, sans lithiase cholédocienne et sans aucun signe clinique ou biologique de rétention biliaire, nous estimons qu'il faut s'abstenir de tout geste sur la VBP; on se contente de la simple cholécystectomie. Nous n'adoptons donc pas ici l'attitude de Mallet-Guy qui conseille dans ces cas l'ACD qui aurait un effet de siphonnage de la VBP.

- si à cette dilatation de la VBP avec hypotonie oddienne s'associent des signes de rétention biliaire, il ne faut surtout pas faire de sphinctérotomie mais une dérivation bilio-digestive en préférant alors l'anastomose bilio-jéjunale sur anse en Y, même chez les sujets âgés. En effet, le reflux de particules alimentaires solides dans cette voie biliaire atone, donc stasique peut être nocif. D'autre part, il peut exister chez ces malades une dyskinésie duodénale avec stockage (rôle des sphincters décrits par Ochsner et Kapandji) il y a alors tout intérêt à court circuiter le duodénum, ce que réalise le montage avec une anse jéjunale.

c) - Les syndromes et angiocholites post sphinctérotomie :

Actuellement, ils sont aussi pour nous une contrindication à l'ACD. En effet, surtout après sphinctérotomie large, la VBP est atone ; il peut par ailleurs exister là encore un stockage duodénal, dont le diagnostic n'est pas toujours facile, même sur des clichés de repas baryté pré opératoire.

Il faut donc préférer l'hépato-jéjunostomie chaque fois que l'opéré peut supporter une intervention un peu plus longue.

oOo

II - LE PROTOCOLE OPERATOIRE

La technique qui est utilisée ne comporte pas d'originalité, et nous insisterons simplement sur quelques points :

Nous passons sous silence les divers temps d'exploration manuelle et radiomanométrique, dont les résultats, confrontés aux donnéds pré opératoires amènent à réaliser l'ACD.

Un point préalable est important : si la vésicule est en place et quel que soit son état, la cholécystectomie est systématique, sinon on s'exposerait à des accidents angiocholitiques par stase dans la vésicule restante.

Par ailleurs, le décollement duodéno-pancréatique n'est pas un geste systématique, en vérité, il a souvent été fait préalablement pour exploration correcte du bas cholédoque

A - TECHNIQUE HABITUELLE

La technique la plus simple et la plus rapide est l'anastomose latéro-latérale à bords parallèles.

La VBP étant le plus souvent dilatée, voire très dilatée, son ouverture est transversale ou légèrement oblique en haut et à droite.

Pour effacer au maximum le cul de sac cholédocien sous jacent à l'anastomose, on pourrait utiliser l'artifice de Florcken qui consiste à abaisser le duodénum par incision et libération de son angle supérieur. En vérité, d'une part, il faut se méfier des risques hémorragiques lors de la dissection de cette région (artère pancréatico-duodénale supérieure et droite), d'autre part, il semble que la meilleure prévention de la pathologie du cul de sac inférieur soit son évacuation soigneuse par lavage au sérum.

Le siège de la cholédocotomie doit donc être simplement au niveau adéquate répéré en faisant "monter" ou plutôt " rouler" le premier duodénum au devant de la VBP. Et l'on s'aperçoit alors souvent que l'ouverture de la VBP peut se faire assez haut, en regard de l'abouchement du canal cystique (dont le niveau est variable) voire au dessus : il s'agit alors d'une hépatico-duodénostomie dont le fonctionnement serait encore meilleur que les cholédoco-duodénostomies proprement dites. (le reflux de particules solides y serait plus rare). Il s'agit là en fait d'une petite nuance, l'important à notre avis étant de prévoir l'anastomose "là ou cela vient bien", sans traction et sans artifice.

La taille de la cholédocotomie donc de la bouche anastomotique est un point important : les calibres insuffisants sont incontestablement une des causes essentielles d'ennuis secondaires, avant tout les angiocholites par stase et non par reflux : pour Johnson et Stevens, qui ont publié une intéressante statistique comparative, la taille idéale est supérieure à 2 centimètres; Barner préconise même 2,5 à 3 centimètres. En fait, même dans les grandes dilatations cholédociennes, une telle ouverture n'est pas toujours réalisable et nous estimons qu'une ouverture de 1,5 à 2 centimètres est tout à fait convenable, à la condition que la suture et l'affrontement soient parfaits, sans corps étranger saillant dans la lumière : nous y reviendrons.

L'incision duodénale est sans problème, longitudinale au bord supérieur du premier duodénum presqu'au genu superius. La taille va de 1,5 à 2 cm, il faut prendre garde de ne pas la faire plus grande que la cholédocotomie, ce qui obligerait à "tricher" lors de la suture.

La suture cholédoco-duodénale obéit à des règles strictes :

- utilisation d'un fil non résorbable, fin mais solide,
- un seul plan de points séparés, total sur la voie biliaire, extra-muqueux sur le duodénum en veillant à ce que les muqueuses duodénales et biliaires soient parfaitement affrontées.
- les points sont assez rapprochés (tous les deux à trois millimètres environ)
- surtout ils doivent tous être noués à l'extérieur y compris ceux du plan postérieur, ce qui n'est pas de réalisation difficile. En effet, la présence de noeuds à l'intérieur de la lumière anastomotique expose au dépôt de concrétions biliaires, responsable de sténose secondaire.

B - CAS PARTICULIERS

1 - Voie biliaire peu ou pas dilatée :

Ce cas se présente rarement, mais n'est pas une contrindication formelle à l'ACD comme nous l'avons vu.

L'ouverture de la VBP est alors verticale, l'incision duodénale étant toujours longitudinale donc de direction perpendiculaire à la précédente, l'anastomose est losangique, béante. Ce procédé utilisé systématiquement par certains opérateurs, nous paraît inutile lorsque la VBP est large.

2 - Cholédoque sus duodénal difficile à aborder ou à utiliser :

Ceci peut se voir lors de certaines pancréatites très inflammatoires ou en cas de sclérose inflammatoire au cours de certaines réinterventions.

Dans ces cas, on aborde d'autorité la VBP dans son segment hépatique, et lorsqu'une anastomose hépatico-jéjunale en Y est rejetée, on fait une anastomose hépatico-duodénale que l'on peut même faire près du hile et sans traction.

3 - Anastomose termino-latérale :

C'est pour nous une technique d'exception. Pour certains auteurs, ce procédé termino-latéral est préférable lorsqu'il existe un obstacle cholédocien bas situé (oddite, pancréatite) car il supprime alors le cul de sac sous anastomotique que laisserait en place le procédé latéro-latéral : en fait il n'est pas démontré que ce cul de sac soit en lui même responsable d'ennuis secondaires. D'autre part, si on lie le bout inférieur du cholédoque, lors d'une anastomose termino-latérale, on crée également un cul de sac voire une cavité close qui pourrait être source d'ennuis.

Comme par ailleurs l'anastomose termino-latérale oblige à faire le tour de VBP, compliquant et prolongeant l'intervention, nous avons tendance alors à préférer dans ces cas l'implantation sur une anse jéjunale montée en Y.

Pour conclure ce chapitre, notre technique habituelle est donc l'anastomose cholédoco-duodénale, latéro-latérale à bords parallèles, en un plan, de 1,5 à 2 cm de calibre.

oOo

C O N C L U S I O N

Portant sur une expérience de 200 anastomoses cholédoco-duodénales (ACD) faites chez l'adulte pour des lésions bénignes biliaires ou pancréatiques, ce travail nous a permis de vérifier plusieurs faits.

Les indications de l'ACD sont nombreuses et précises. Certes, plusieurs ACD ont été un geste de sauvetage permettant de terminer rapidement l'intervention chez des sujets fragiles ou très âgés. Mais nous ne l'avons pas cantonnée dans ce rôle et en avons largement étendu les indications, au terme chaque fois d'un bilan complet pré-opératoire et per-opératoire : 88,5 pour cent des interventions ont comporté une radiomanométrie. Ces indications ont été réparties en indications de nécessité (lorsqu'un obstacle plus ou moins complet mais non lithiasique était laissé en place sur la ,voie biliaire principale) de sécurité (lorsqu'en fin d'intervention on ne pouvait affirmer de façon absolue que la voie biliaire principale était intègre ou allait le rester) de principe (lorsqu'indépendamment de tout obstacle et de toute incertitude sur la vacuité de la voie biliaire principale, on choisissait de terminer l'intervention par ce mode de drainage qui paraissait le plus approprié). Par ailleurs, si près de la moitié des opérés avait de 70 à 96 ans, 10 pour cent avaient de 30 à 50 ans.

L'ACD est un geste simple et rapide puisque le procédé latéro-latéral fait en un plan convient à presque tous les cas : le p rocédé termino-latéral a été d'indication exceptionnelle (1 pour cent des cas dans notre série).

Les suites opératoires ont été très simples dans 79 pour cent des cas, la durée moyenne de l'hospitalisation post opératoire étant de 16 jours. l'ACD a été constamment efficace, faisant rapidement régresser l'ictère dans les cas habituels et les phénomènes angiocholitiques dans les angiocholites aiguës et urémigènes, et transformant la situation chez les sujets très fragiles. La mortalité post opératoire immédiate a été de 6,5 pour cent, ce qui est relativement faible si l'on tient compte du très mauvais état général de nombreux opérés (20,5 pour cent des cas) et de leur âge avancé (47,5 pour cent des cas) : 12 décès sont survenus dans cette catégorie de malades. Parmi les complications abdomina-

les, une seule a été préoccupante : un cholépéritoine, résolutif en un mois, dont l'origine est restée incertaine. Par ailleurs il y a eu une pancréatite aiguë hémorragique mortelle, secondaire à des essais infructueux d'ablation d'un calcul bas-situé et à son enclavement dans l'ampoule de Vater : l'ACD était inopérante contre ce calcul laissé en place qui aurait du être extrait par duodénotomie mais elle n'est pas responsable de la pancréatite aiguë.

Les résultats lointains jugés dans des délais s'étalant de 1 an à 11 ans ont été dans l'ensemble très favorables :

- très bons dans 59,5 pour cent des cas, c'est-à-dire dénués de tout troubles aussi m inime soit-il.
- bons dans 16,5 pour cent des cas, comportant quelques troubles mineurs et passagers qui n'ont absolument pas entravé l'activité des opérés ; ces très bons et bons résultats réunis représentent 76 pour cent de résultats favorables,
- résultats passables dans 4,5 pour cent des cas, concernant surtout des cas complexes (sujets opérés de l'estomac en particulier) ou des pancréatites chroniques évolutives,
- enfin 1 seul mauvais résultat (soit o,5 pour cent des cas) correspondant à une angiocholite par obstruction alimentaire de l'ACD, celle ci éyant été faite elle même pour une angiocholite après sphinctérotomie ce qui n'est pas une bonne indication.
- les autres opérés sont décédés dans les suites immédiates (6,5 pour cent) ou ont été perdus de vue (12,5 pour cent).

La simplicité, l'efficacité et l'innocuité durable de l'ACD incite donc à en étendre les indications, même chez des opérés relativement jeunes. Nous pensons que, loin d'être uniquement un pis-aller réservé aux plus mauvais cas, l'ACD a sa place dans la chirurgie des lésions bénignes biliaire et pancréatique, à côté des autres procédés que sont le drainage de Kehr, la sphinctérotomie oddienne et également les dérivations bilio-jéjunales; tous ces procédés ont des indications propres et complémentaires, et à chaque situation doit s'adapter la meilleure technique.

Vu le Président de Thèse

Pr. LEGER

Vu le Doyen de la Faculté
COCHIN

Pr. DELBARRE

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

La bibliographie concernant les anastomoses cholédoco-duodénales est considérable. Nous nous limitons ici aux publications postérieures à 1965, ne citant avant cette date que les travaux importants.

1 - ALBOT G., KAPANDJI M., DUPUY R. et GUENIN D.

Les interactions physiopathologiques entre le duodénum et les voies biliaires. Etude du sphincter d'Ochsner chez un opéré de cholédoco-duodénostomie externe.
Sem. Hop. Paris, 6 juin 1955, 31, n°34, 1973-1982, 8 fig. (bibl.)

2 - AMELINE

La place de la cholédoco-duodénostomie dans la lithiase de la voie principale.
Mem. Acad. Chir., 11 mars 1953, 79, n°10,11,et 12, 263-266, 1 fig

3 - ANTONINI R., AREZIO G., CABRINI G. et MAZZOLI R.

Modifications du système hépato-biliaire et du duodénum après cholédocho-duodénostomie.
Minerva chir., 15 av. 1958, 13, n°7, 417-424, 12 fig. (bibl.)

4 - ARNESON L A., VINES D.H., MILLER R.E., et DEUTSCH D.L.

Ulcération du cholédoque, cause d'hémobilie (chez un malade porteur de cholédoco-duodénostomie)
Gastroentérology, mai 1965, 48, n°5, 648-650 (bibl.)

5 - ASWORTH J.W

Traitement chirurgical des suites compliquées d'anastomoses de la boie biliaire principale au duodénum.
Thèse Paris 1961, 579

6 - BACCHINI I. et NOBILE F.

Les réinterventions dans l'échec de la cholédoco-duodénostomie
Minerva chir., 15 aout 1960, 15, n°15, 767-769 (bibl.)

7 BARNER H.B.

Cholédoco-duodénostomie, avec étude de la cholangéite secondaire
Revue de 24 cas pendant 15 ans.
Ann. Surg., janv. 1966, 163, n°1, 73-80 (bibil.)

8 - BARNER H.B.

Technique de cholédoco-duodénostomie latéro-latérale
Surgery juin 1968, 63,n°6,1037-1038

9 - BERTRAND P., BESSOT M. et DELAGOUTTE J.P.

La chirurgie digestive chez le vieillard -
Ann. Med. Nancy, aout sept. 1970,9, 511-518

10 - BOHMIG H.J., FRITSCH A. et LECHNER G.

Réinterventions après cholédoco-duodénostomie
Chirurg., aout 1969, 40, n°8, 376-379, 6 fig. (bibliog.)

11 - BRUMMEKKAMP W.

Problème de la largeur à donner aux cholédoco-duodénostomie
Arch., Chir., Neerl., 1961, 13, n°3, 197-206

12 - BURGESS J.N., et KIDD H.A.

Cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la pancréatite chronique et cholédoco-lithiase
Brit. Med. J., 3 juin 1967, 2, n°5552, 607-609 (bibl.)

13 - BURKERT E.

Elargissement de l'indication à la cholédoco-duodénostomie, en particulier dans la gériatrie.
Chir., mai 1958, n°5, 216-218, (3 fig. - bibl.)

14 - CHAMPEAU M. et PINEAU P.

Etude critique et indications des anastomoses bilio-digestives
Rev. Prat. (Paris) 1962 12, 6, 613-623

15 - COLE F.R. et PISSILLO C.J.

Cholédoco-duodénostomie. Une évaluation de ses indications
Internat Surg. aout 1966, 46, n°2, 108-112

16 - CARRAO F.H.

Cholédoco-duodénostomie : indications techniques, résultats
Prensa med. argent., 8 sept. 1967, 54, n°28, 1466-1467 (bibl.)

17 - DEGENSHEIN G.A., et HURWITZ A.

Technique de la cholédoco-duodénostomie
Surgery juin 1967, 61, n°6, 972-974 (bibl.)

18 - DIOURI A.

Etude critique des suites éloignées des anastomoses cholédocho-duodénales
Thèse Paris, 1966, n°704, 52 pages

19 - DUBERMAN L.B.

Etude radiologique de la fonction de la cholédoco-duodénostomie
Klinitchescaïa med. (Moscou), 1968, n°5, 61-63

20 - FACQKERT S.

Résultat des interventions sur les voies biliaires extra-hépatiques
Drainage en I,q cholédoco-duodénostomie -
Bruns' Beitr. Klin. Chir. aout 1969, 217 ,n°5, 404-408 (bibl.)
(résumé français)

21 - FARRAR T. PAINTER M.W; et KETZ R.

Cholédoco-duodénostomie
Surg. av. 1969, 98, n°4, 442-446 (bibl.)

22 - FINSTERER H.

Des anastomoses bilio-digestives (surtout la cholédoco-duodénostomie)
Mem. Acad. Chir. 23 nov. 1938, 64, n°29, 1252-1270

23 - FINSTERER H.

Peut on recommander la cholédoco-duodénostomie pour le traitement des maladies des voies biliaires ?
Mem. Acad. Chir 14 et 21 mai 1952, 78, n°16, et 17, 499-502 (bibl.)

24 - GARRIZ R.A., SANTANGELO H., et VALONI A.F.

Cholédoco-duodénostomie. Technique et Méthodes
Prensa med. argent. 15 nov. 1968, 55, n°38, 1816-1819 (bibl.)

25 - GRAVOWSKI S.

La vésicule après cholédoco-duodénostomie
Polski tygod. Lek; 1966, 21, n°1, 12-13 (bibl.)

26 - GRILL W.

Fausse indication dans la cholédoco-duodénostomie
Munch. med. Wschr. 4 av. L969, 111, n°14, 776-778

27 - GROSDIDIER J. et GUIBAL F.

Lithiase biliaire intra hépatique après anastomose hépatico-jéjunale
Sepaine Hop. Paris, 14 oct. 1970, 46, n°41, 2635-2636

28 - HEPP J. et ASXORTH J.

Plaidoyer pour l'action directe sur l'anastomose en cas d'angiocholite après cholédoco-duodénostomie
Mem. Acad. Chir. 1963, 89, n°31-30,856-860

29 - HERZOG K.H.

Indication et technique de la décholédoco-duodénostomie
Chirurg. nov. 1966, 37, n°11, 486-490 8 fig. (bibl.)

30 - HUGUET C., MALAFOSSE M., GUEZ D. et LOYGUE J.

La place des anastomoses de la voie biliaire principale au duodénum dans la chirurgie de la lithiase biliaire
Ann. Chir. Nov. 1970, 24, n)23-24, 1219-1224 (bibl.)

31 - HURWITZ A. et DEGENSHEIN H.A

Le rôle de la cholédoco-duodénostomie dans la chirurgie du canal cholédoque. Réévaluation
Surgery dec. 1964, 56, n°6, 1147-1150 (bibl.)

32 - HURWITZ A. et DESENSHEIN G

Cholédoco-duodénostomie, pourquoi et quand ?
Bull. Soc. internat chir. mars-av. 1970, 28, n°2,85-91 (bibl.)

33 - INFRANZI A., ROMANO B., SESSA R.

Le angiocholiti.da reflusso o ascendenti nella chirurgia biliare
Chir. gastroent. 1970, 4, 3

34 -JOHNSON A.G. et STEVENS A.E.

L'importance de la taille de la lumière canalaire dans la cholédoco-duodénostomie
Gut. janv., 1969, IO, n°1, 68-70 (bibl.)

35 - JONES A.S. SMITH L.L., KELLER T.B. et JOERGENSON E.J.

Cholédoco-duodénostomie pour la prévention des calculs résiduels.
Arch. Surg. , juin 1963, n°6, 86, 014-1032, IO fig., 6 tabl. (bibl.)

36 - JOUANNEAU P.

L'anastomose cholédoco-duodénale dans la chirurgie de la lithiase biliaire
Montpellier, chir. 1965, 11, n°4, 485-492

37 - JULIEN J.P.

La cholédoco-duodénostomie en chirurgie biliaire
31 cas - Thèse Paris 1961,227

38 - KECLIK M.

Anastomose cholédoco-duodénale et ses suites
Deutsche Zschr. Verdaungs, 1968, 28, n°2/4, 273-276

39 - KECLIK M., HUSLAROVA A. et BADNAR B.

Structure hépatique chez les sujets cholédoco-duodénostomisés
Digestion 1969, 2, n°4, 230-236 (bibl.)

40 - KULSKI

L'anastomose cholédoco-duodénale dans la chirurgie biliaire pour lithiase
A propos de 25 cas
Thèse Paris, 1969, n°689, 64 pages

41 - LATASTE J. et DOCQUIER J.C.

Les anastomoses bilio-digestives extra hépatiques dans les affections non tumorales - Résultats et indications (à propos de 86 c as)
J. Chirurgie oct. 1966, 92, n°4, 313-330 (bibl.)

42 - LATASTE J. et LENRIOT J.P.

Les angiocholites après sphinctérotomie oddienne
J; Chir. nov. 1967, 94, n°5, 391-402

43 - LATASTE J.

L'intervention chirurgicale précoce dans les pancréatites aiguës
Presse med. IO sept. 1966, 74, n°37, 1875-1876

44 - LEBORGNE J.

Les anastomoses bilio-digestives pour lésions bénignes de la voie biliaire principale de l adulte A propos de 154 cas
Presse med. 2 oct. 1971, 79, n°41, 1785-1788, et thèse Nantes 1970 n°698

45 - LICHTENAUER F., et TREPTOW H.R.

Troubles du flux biliaire - Suites des cholédoco-duodénostomies et papillotomies -
Much. med. Sxchr. 23 jenv. 1970, 112, n°4, 129-134 - 6 tabl (bibl.)

46 - MADDEN J.L., GRUWEZ J.A. et TAB P.Y.

Ictère par obstruction : une analyse de 140 cas consécutifs et considération sur son traitement par cholédoco-duodénostomie
Amer. j. Surg. 1965, 109, 89

47 - MADDEN J.L., CHUN J.Y., KANDALAFT S. et PAREKH M.

Cholédoco-duodénostomie - Un procédé chirurgical injustement rejeté
Am. J. Surg. janv. 1970, 119, 1357-1364 (7 fig.) (bil.)

48 - MADDEN J.L.

Cholédoco-duodénostomie - Prensa med. argent., 4 sept. 1970
57, n°27, 1357-1364 - 7 fig. (bibl.)

49 - MAGAREY J.R.

Fenestration biliaire (cholédoco-duodénostomie latéro-latérale)
Syndrome post cholécystectomie
Brit J. surg. janv. 1966 - 53, n°1, 41-46 (bibl.)

50 - MALLET GUY P.

Cholédoco-duodénostomies d'indication relative
Lithiase cholédocienne, angiocholite
Lyon Chir. 1939-1940, 36, n°5, 715-723

51 - MALLET GUY P.

Cholédoco-duodénostomies pour lithiase cholédocienne - facteur de bénignité opératoire
Lyon med., 28 dec. 1941, n°52, 1103

52 - MALLER GUY P.

Cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne - facteur de bénignité opératoire
Lyon Chir., 1941-1942 - 37, n°4,5,6, 239-241

53 - MALLET GUY P.

La place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne
Memb. Acad. Chir., 1943, 69, n°20-21, 335-342

54 - MALLET GUY P. et DE MOURGUES G.

Résultat fonctionnel idéal d'une cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne
Lyon Chir., 1941-1942, 37, n°4,5,6, 386-390

55 - MALLET GUY P. et MARION P.

La cholédoco-duodénostomie d indication relative
Doin et cie, ed. Paris 1943

56 - MALLET GUY P. et MARION P.

Résultats éloignés de la cholédoco-duodénostomie d'indication relative
Revue du Foie, 1944, 3, 217-230

57 MALLET GUY P. et JAUBERT de BEAUJEU M.

Sur l'association d'un drainage biliaire externe à la cholédoco-duodénostomie d'indication relative
Lyon Chir mars-av. 1957, 42, n 2, 237-240

58 - MALLET GUY P. et DESCOTES J.

Enquete sur les résultats éloignés de 100 cholédoco-duodénostomie d'indication relative
Lyon Chir aout-sept. 1955, 50, n°6 - 659-666

59 - MALLET GUY P. et JOUVINROUX P.

Résultats fonctionnels éloignés de cholédoco-duodénostomie d'indication relative - I - Analyse d'une nouvelle série de 159 cas (1953-1964)
Lyon Chir. Juil. 1967, 63 n°4, 543-559, 16 fig. (bibl.)

60 - MALLET GUY P. et MOUCHOULIER J.

Résultats fonctionnels éloignés de la cholédoco-duodénostomie d' indication relative - II - le danger dentaire
Lyon Chir. juil. 1967, 63, n°4, 561-565, (bibl.)

61 - MALLET GUY P.

Place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement du syndrome post cholédocystectomie
Langenbecks Arch. chir. 1969, 325, 400-405

62 - MALLET GUY P., GIGNOUX M. et MURAT J.

Les indications de la cholédoco-duodénotomie dans le traitement du syndrome post cholécystectomie
Lyon Chir. sept-oct. 1969, 65, n°5, 773-774

63 - MASTYNSKA M., SOLOMICKI J. et HANDSCHUH K.

Quelques remarques de la cholédoco-duodénostomie dans la cholélithiase
Polski tygod. Lek, 10 av. 1967, 22, n°15 554-556 (bibl.)

64 - MORGENSTERN L. et SHORE J.M.

Sélection du procédé optimun de décompression de l'obstruction du canal cholédoque - Etudes expérimentales et cliniques (des anastomoses bilio-digestives) -
Am. J. Surg., janv. 1970, 119, n°1, 38-44 - 6 fig. (bibl.=

65 - ODENT M.

La place de la cholédoco-duodénostomie externe dans la chirurgie de la lithiase cholédocienne
Thèse Paris 1961 - n°881 - 43 pages

66 - OLIVIER Cl.

Chirurgie des voies biliaires extra et intra hépatiques
Masson, éditeur Paris 1970

67 - ORR K.B.

Cholédoco-duodénostomie externe pour rétention de calcul du cholédoque
Med. J. Australia 26 nov. 1966, 54, n°22 - 1027-1029 (bibl.)

68 - PERROTIN J., BOULAKIA C, et LABURTHE-TOLRAT Y,

Défense de l'anastomose cholédoco-duodénale - A propos de 25 cas
Ann. chir. nov. 1967, 21, n°23,24 - 1397-1400

69 - PETRONIO P,

Considérations et résultats statistiques de la cholédoco-duodénostomie sus duodénale -
Minerva med. giuliana, juil - sept - 1967, 7, n°3, 221-224 (bibl.)

70 - ROESNER J,

Colédoco-duodénostomie sus duodénale post bulbaire permettant le passage direct
Chirurgie, juin 1968, 39, n°6, 291-293 (7 fig.) (bibl.)

71 - ROUX M, DUBOST Cl, et AUROUSSEAU R,

La place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase du cholédoque
J. Chir (Paris) 1954, 70, n°2, 122-139

72 - ROUX M., HILLEMAND P, et VAYRE P,

Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale avec sténose d'une anastomose cholédoco-duodénale
Sem. Hop. paris 14 av. 1970 (46), n°18 (1254-1256

73 - SALEMBIER Y.A.

Statistique homogène de 362 anastomoses bilio digestives
Lyon chir Nov-dec 1969, 65, n°6, 373-378 (bibl.)

74 - SALEMBIER Y,

Anastomose cholédoco-duodénale latérale ou terminale - A propos d'une complication inhabituelle
Arch Franc. Mal. App. dig. dec. 1969, 58, n°12, 833

75 - SALEMBIER Y

Pancréatite aigue dans les suites secondaires d'une opération de Sasse (cholédoco-duodénostomie)
Lille med. sept - oct 1965,10, n°7, 706

76 - SAWYER R,B, et SAWTER K,C

Cholédoco-duodénostomie pour calculs
Arch. surg. av. 1971, 102, n°4,308-311 - bibl.)

77 - SCHEIN S,J - BENEVENTANO T,C, et JACOBSON H;G

Cholédoco-duodénostomie - Considérations radiologiques
Surgery nov. 1966, 60,n°5, 958-963 - 6 fig. (bibl.)

78 - SEROR J, MENTOURI B, ROCHE Pet MERADJI B

Indications et place des anastomoses bilio digestives dans le traitement de la lithiase biliaire
Ann. Chir. juin 1968, 22, n°11-12 - 781-787 - 7 fig. (bibl.)

79 - SOUPAULT R et MALLET GUY P

Rapport au 48e congrès de chirurgie 1939

8D - SOUPAULT R

Les anastomoses cholédoco-duodénales pour lithiase biliaire et pancréatite chronique
Arch Mal. app. dig. mai juin 1941, 30, n°5-6, 226-243 - 4 fig

81 - SOUPAULT R

Etude de la cholédoco-duodénostomie par l'observation radio clinique
Med - Acad. chir. 1943 - 69, n°31-32 - 573-575

82 - SOUPAULT R et MALLET GUY P

Technique de la cholédoco-duodénostomie
Journal chirurgical av. 1940, 55, n°4, 313-326, 4 fig

83 - SOUPAULT R

Les anastomoses bilio digestives et pancréatico-digestives
1 vol 210 pages (Masson et cie edit) Paris 1961

84 - STUART M, et HOERR S,O

Cholédoco-duodénostomie - un procédé opératoire palliatif négligé
Amer J Surg Mai 1971, 121, 504

85 - THOMAS C,G, jr, NICHOLSON C,P, et OWEN J

Efficacité de la cholédocod-duodénostomie et de la sphinctérotomie transduodénale dans le traitement de l'obstruction bénigne du cholédoque
Ann. Surg. juin 1971, 173, n°6, 843-856, 7 fig. 6 tabl. (bibl.)

86 - VINOGRADOV V,V, et VISHNEVSKY V,A

Cholédoco-duodénostomie
Khirourguia (Moscou) 1970, n°4, 79-85 (bibl.)

87 - VORONCHIKHIN S,I, et KUZNETZOV I,S

Valve biologique dans les anastomoses bilio digestives
Khirourguie (Moscou) 1970, n°2,26-30 (bibl.)

88 - WITTHAUT H et BORGER G

Expériences avec la cholédoco-duodénostomie et le drainage en T dans un hopital moyen
Zbl. Chir. 18 juin 1966, 91, n°25,899-903, 5 fig. (bibl.)

89 - WRIGHT N L

Evaluation des résultats de la choléndoco-duodénostomie
Brit J Surg Jav. L968, 55, n°1,33-36

90 - ZITTEL R, W

Lésions hépatiques après anastomoses bilio-digestives
Langenbecks arch. Chir 1960, 325, 430-434

91 - ZITTEL R,X, e: SCHMUDIG G

Reflux dns les anastom oses bilio digestives
Chirurg. juillet 1968, 39, n°7, 317-320 (bill.)

oOo